

インターネットで入手する薬物の危険性

市民公開講座 (社)日本薬理学会主催

日時：平成15年10月3日(金) 14時～18時

会場：仙台市戦災復興記念館

(仙台市青葉区大町二丁目12-1 電話：263-6931)

(入場無料・事前申し込み不要)

プログラム	2
開会にあたって；ご挨拶	3
インターネット上の薬物の危険性	5
薬物依存者からのメッセージ	21
依存性薬物の行動精神薬理学	33
会場からの質問を交えた総合討論	51

プログラム

座長 東北大学大学院歯学研究科歯科薬理学 篠田 壽 教授

東北薬科大学薬理学 只野 武 教授

1) 14:00 ~ 14:05 ご挨拶 日本薬理学会理事長

山梨大学大学院医学工学総合研究部薬理学 橋本敬太郎 教授

2) 14:05 ~ 15:00 インターネット上の薬物の危険性 ダイエットピルから見た

東北大学大学院医学系研究科分子薬理学 柳澤輝行 教授

3) 15:00 ~ 15:30 薬物依存者からのメッセージ

仙台ダルク施設長 飯室 勉 氏

4) 15:30 ~ 16:30 依存性薬物の行動精神薬理学

星薬科大学薬品毒性学 鈴木 勉 教授

休 憩

座長 東北放送(株)制作総務 Goodモーニングパーソナリティ 鈴木俊光 氏

東北大学大学院医学系研究科分子薬理学 柳澤輝行 教授

5) 16:40 ~ 18:00 会場からの質問を交えた総合討論

開会にあたって

座長 それでは定刻の2時になりましたので、市民公開講座「インターネットで入手する薬物の危険性」を始めさせていただきます。この公開講座は日本薬理学会の主催でございます。共催といたしまして宮城県、宮城県薬剤師会、後援といたしまして仙台市、あと日本医師会主催の教育講座というようなことで認定をいただいております。

本日のタイトルであります「インターネットで入手する薬物の危険性」ということですが、最近インターネット上でさまざまな薬が自由に市民の方々の手にも入るようになっております。よく知られている例ではバイアグラというのがありますし、鎮静剤、睡眠薬、ホルモン製剤、それからきょう主な話題になるかと思いますが、やせ薬あるいは覚醒剤といったもの、ほとんどあらゆるタイプの薬が自由に入手できるというような時代になってきております。薬というのは大変よい面もありますが、危険性もあるということで、我々が薬とどのようにしてつき合っていくかということで、大変重要な問題になってきているということになります。そんなことでこういったタイトルでこの会を催させていただきます。

最初に、本日の主催の日本薬理学会から、理事長の橋本先生にごあいさつをいただきますが、申し遅れました。本日の司会、前半部分を担当させていただきます私東北大学の篠田と申します。こちらは東北薬科大学の只野でございます。よろしくお願いいたします。それでは最初に薬理学会の橋本理事長からごあいさつをいただきます。

ご挨拶 日本薬理学会理事長

山梨大学大学院医学工学総合研究部薬理学 橋本敬太郎 教授

橋本理事長 ただいまご紹介いただきました主催しております日本薬理学会の理事長をしております橋本と申します。

今回本日の午前中まで篠田先生が主催されて、我々薬理学という一般市民の皆さんにはまだ余りよく知られてないかもしれませんが、薬の研究をしている学問です。医歯薬農学部だけでなく、薬をつくる側、薬を实际使うとか、それはどうやって効くかとか、そういうことを研究している仲間が、昨日、今日と学術的な研究発表をました。その会の主催者、篠田先生がこの機会にこういう市民講座をするということで、あとで最初のスピーカーでもあります柳澤先生が我々薬理学会の広報委員ということをやっております、この薬理学会としても、我々

だけの研鑽をする学術的な会以外にこういう公開講座をして、ぜひ皆さんに薬のいい点、悪い点、今回は特に危ない面を強調した講座になっており。その反面、きっと薬も非常に有効であることは皆さんも知ってらっしゃると思いますし、その辺、薬理学という学問をやっております我々が主催する公開講座ということで、広報委員の柳澤先生に企画していただきました。

今回は、知らないうちに薬でこうむるかもしれない危険とか、そういうものを勉強されるのにいい会になればと非常に期待しております。長丁場になりますが、皆さんがぜひ得るところを持ってお帰りになられたらと思っております。きょうは皆さん、ご参集ありがとうございました。それでは簡単でございますが、どうもありがとうございました。

座長（篠田） それではこれから公開講座を始めさせていただきます。予定といたしましては、まず最初に柳澤先生から「インターネットで入手する薬物の危険性」ということでお話をいただきます。全体的にインターネットでどのような薬物が入手できるか。それを特にやせ薬といったようなところを中心にお話をいただきます。

その後飯室 勉氏ですが、これは仙台ダルクの施設長をしておられます飯室さんから「薬物依存者からのメッセージ」ということでお話をいただきます。最近インターネットというのが、やせ薬に名をかりた覚醒剤の販売ルートになっているというようなことがあります。非常に重要な、販売する側にとっては有力な手段に成長してきているわけです。そんなところから現場サイドから、薬物依存のご経験もおありというふうに伺っていますが、飯室さんから現場のいろいろな切実な問題点についてお話をいただきます。

その後、星薬科大学の鈴木 勉先生ですが、「依存性薬物の行動精神薬理学」というタイトルで、薬物依存の、いろいろな少し薬理的な細かいお話も含めましてお話をいただくという予定にしております。

その後、総合的な討論を、市民の皆さんと討論会という形で、このインターネット上で入手できる薬物のさまざまな危険性ということでご討論をいただきたいと思っております。

それでは最初にまず、「インターネット上の薬物の危険性 特にダイエットピルから見た」という題で、東北大学大学院の医学系研究科分子薬理学がご専門でございます柳澤輝行教授からお話を伺います。よろしく願いいたします。

「インターネット上の薬物の危険性 - ダイエットピルから見た - 」

東北大学大学院医学系研究科分子薬理学教授 柳澤 輝行

はじめに

ほとんどの薬がインターネット上で手に入る

肥満とやせ

理想の体形あるいは身体？

インターネット上の健康情報の利用の手引き

肥満の科学入門

1) デブの帝国と「暴食」

2) 肥満度の判定と死亡率

3) 動物実験から得られた知見

- 4) 食べたくなるのは(入力系)
- 5) 脳と食欲、摂食行動
- 6) 肥満の遺伝的要素
- 7) アドレナリン 3受容体
- 8) 肥満の治療法
- 9) 肥満を抑える薬物や物質とは
- 10) まとめ

はじめに

柳澤 篠田先生、ありがとうございます。「インターネットで入手できる薬物の危険性」という題で、副題として「ダイエットピルから見た」ということでお話します。二つに大体まとめられます(図3)。「はじめに」と、それから実際にどんな薬物、それから健康食品・栄養補助食品等々がインターネットで入手可能なのかということ、大事な手引きあるいは使うということの覚悟ということで前半をまとめます。それから後半が、ダイエットピルが比較的インターネットを使う方々にとっては結構利用され、問題ですので、「肥満の科学入門」で最後を締めくくるというアレンジにしました。

さて、これは新聞上の写真です(図4)。白雪姫と言われている1グラム2万5千円で最高級の覚醒剤(シモネタ)が、インターネット、それから携帯電話もインターネットにつながっていきますので、ボタンを押すだけで手に入るかということです。

実際には、国内では生産されていないはずなので、厚生労働省の最近のデータですと、51%が中国です。それから、35%が北朝鮮からの密輸と言われています。インターネット上のホームページで携帯電話やメールを利用して、そして覚醒剤、合成麻薬が流通しているという現状です。

覚醒剤の取引の現行犯で有名な国立大学医学部学生と大学院学生が捕まって、そして教授会はその学生は医師として責任のある立場にふさわしくないということで、退学よりも厳しい放校処分を受けたというのを最近聞きました。我々はプロフェッションとして免許につながる学生を育てていますし、免許を扱う覚悟を持っていろいろな薬物に接するというふうになっているので、厳しいながらも筋を通したと、身が引き締まる思いでお聞きしました。プロとしてちゃんとやっていくぞという覚悟を持って教育研究し、あるいは決意も新たにするというような気持ちも含めて、市民の方々と薬物をめぐって交流したいと考えました。

ほとんどの薬がインターネット上で手に入る

さて、インターネット上の薬物、健康食品には、例えば理想の体形にということでダイエットピルあるいは機能食品、それからホルモン類があります（図5）。男性ホルモンの原料は自分の体の中ですべてつくっています。さらにその数外から倍飲むと明らかに男性ホルモン、それから女性ホルモンは男性ホルモンからできてきますので、女性ホルモンをつくる力があれば、ホルモンの原料を飲むということで非常に強いホルモン効果を得ることができます。「もっと健康に」ということがあるとすれば健康補助食品類、気分がすぐれないということでは精神に影響のあるもの、それから生活改善薬あるいは性的機能亢進薬物というのが簡単にインターネット上で入手できます。

具体的には、英語のサイトでファーマシー、薬物ということで検索すると1,399件マッチして、そしてこれからお示しするものがあります（図6）。日本の場合は、医師法あるいは薬事法で薬剤師が患者さんに渡さなければ基本的には有効な薬物は使えないという原則になっていますので、健康食品という形で、実は薬ではなく食品でという形で流布しているものが数多くあるわけです。具体的に言うと、健康食品で検索すると18万件もあります。これはそこで売っているという意味ではなくて、そういう情報がこんなに飛び交っているということでお示しました。

これから秋も深まり、肌を隠すようにはなりますが、肌の露出度が高くなってくると冬の間にはふえた体重を慌てて下げようとする人がいます（図7）。ダイエットをうたったサイトにつながり、質問に答えると、向こうの医師それから薬剤師が処方し、調剤し、郵送We Write, Fill and Ship. しますと。英語が強ければありますが、そういうサイトがあります。あるいはそれを日本語に訳して仲介しているサイトもあるわけです。具体的にはアメリカで合法的な抗肥満薬フェンテルミンと呼ばれるような食欲を抑制する、実は覚醒効果がありながら食欲を抑制するという薬物が、30カプセル75ドル程度でという形で飛び交っているわけです。それから、先ほど医師・薬剤師が買う人のコメントを見て、そして調剤したということではアメリカの中では合法です。でも日本では本来は合法ではないのですが、ご自分の責任で輸入するということは可能です。

それから、鎮静薬あるいは睡眠薬で、薬理学者から見ても結構新しく、すぐれものがあります（図8）。ただし、これは医師の処方箋、それからその処方箋にもとに調剤する薬剤師から手渡されるべきものだと深く信じています。男性機能ということではバイアグラ、特許が切

れているものですから、ジェネリックバイアグラも一般的に簡単に手に入ります。ただしご存じだと思っんですが、性的機能を高めますが、狭心症の治療薬のニトログリセリンと組み合わせるとショックになります。ですから、ご自分の体が一体どういう状態、あるいはどんな薬と組み合わせると危険かということの知識のないまま入手して用いるということは、やはり危険が伴うと考えます。抗うつ薬ということで種々の最新の抗うつ薬が手に入ります（図9）。抗不安薬、それからアメリカは緊張感を保っていないと生きられない国なのではないでしょうか、筋緊張から頭痛とか痛みになる方が随分多いらしくて、筋緊張をとって痛みを和らげるというような薬も手に入ります（図10）。それ以外偏頭痛の治療薬とか、それから経口避妊薬、性感染症の治療薬、ビタミンAの誘導体で皮膚を若々しく、あるいは皮膚病の治療とかということで、もうほとんどの薬がインターネット上で手に入るということをまず認識してください（図11）。さて、理想の体形、さらにはもっと健康にということで、女性の場合はコントラストのある体形、そして男性の場合は肩幅や筋力にホルモン薬も含めた抗肥満薬がマーケットを随分にぎわしているわけです（図12）。

肥満とやせ

肥満ということで最近の厚生労働省のデータが出ていますので、ちょっと見てほしいと思って掲げました（図13）。左側が男性、右側が女性で、ボディマスインデックス（BMI）、後ほどお示しますが、太っているかどうかの指標になるわけです。25以上を肥満ということになっています。横軸20歳から29歳、30歳から39歳と10歳刻みでみると、男性は20年前に比べて明らかに肥満のパーセンテージが増加しています。特に60代がすごいと思いますが、すべての年齢層で肥満者の割合がふえています。一方女性の方に目を転じると、高齢者の方で肥満という方がふえ気味というのは男性と変わらないんですが、若い人で、20代、30代でむしろ肥満者が減少しています。何と50代でも最近肥満が少なくなっている。肥満の場合、裏に高血圧とか糖尿病などの原因となりうるのですが、男性の方は自分の体重に余り関係なく、それからやはりストレスがあるんじゃないでしょうか、食べる、そして太るという傾向は増強こそすれ、ちょっとコントロールがうまくいかなようです。それに反して、若い女性に明らかに肥満の数が少なくなっています。

一方、やせですが（図14）、こちら男性はもうやせが少なくなっているという傾向です。見てほしいのは、この20代のボディマスインデックス（BMI）で18.5未満のやせの女性が物すごくふえています。篠田先生がご専門とされている骨粗鬆症は、20代の骨密度が

その人の20年後の骨密度を決定するのですが、ここでしっかり食べて骨格をつくっておいてもらわないと、この人たちの将来一体どうなるのかしらという感じです。食事制限をしてガリガリにやせている現代の「自ら課した半飢餓状態」。リッチで飽食の時代とはいいいながら、女性にはやせねばならないというすごいプレッシャーがかかっていると思われます。若い女性に強まる「やせ願望」あるいはもっと言えば「健康よりもダイエット」。それから自分がどう見られるか、どんなふうに見えているかということをしごく気にするストレスが多い、「他人志向型」の時代というふうに、その人の身体こそ個性なのに、すべての人がモデルさんのような体形になる必要はないですし、そんなのは理不尽ですが、「あらまほしき体形」ということでプレッシャーがかかっているというような傾向が見られます。

これは4年制の看護大学で調査したデータですが(図15)、実際にやせているにもかかわらずもっとやせたいとか、普通なのにやせたいと考えているんですね。なぜそんなにやせたいのか。美人になりたい、『なぜ美人ばかりが得するのか』原著Survival of the Prettiestというように本も出ています。女の社会心理の基底には、ダーウィン主義というか、ダーウィンニズムにさらされている。適者生存(Survival of the Fittest)をもじってPrettiestである者が生き延びるといような、極めて乱暴な社会通念がやはりベースにあると考えられます。

理想の体形あるいは身体？

理想の体形あるいは身体ということで(図16)、もっと健康にとか、最高の自分に生まれ変わったようです。そのためにはあなたも のような健康食品で最高の自分に変わってみませんか、というような宣伝がインターネットをにぎわしているわけです。そして、日本の男性の場合は、太っていることに関して余りプレッシャーがないんですが、アメリカでは筋肉増強薬とか引き締まった腹部とか、それから性的機能亢進という形で、これも物すごい額それから量が流通しているというふうに見えます。

これはご記憶あられるとは思いますが、ダイエット食品で4人目の死者ということで、去年の7月に4人目の死者が出た(図17)。後ほどどうしたことだったかということの説明します。最近実際にその中の12人を治療した慶応大系の医師がまとめた論文がアメリカの内科誌に出ました。12人中1人死亡して、1人は肝臓移植しないと救えなかった、それから最長で6カ月入院していて、とりあえず落ちついたから退院したというような報告で、実はダイエット食品の中に、やせるという効果は極めて強い効果の裏が毒であったという事件です。

先ほどの極めて極端な例ではありますが、健康食品で危害がなければお金使ってもいいじゃないのかというふうに考えている人がいるんですが、その考えも少し甘いと思います（図18）。種々の健康食品、例えばクロレラとか高麗人参云々という形で明らかに健康被害が出ていますし、具体的には皮膚障害、肝臓障害、それから目の障害等々があるわけです。ネット上で販売するときは、薬剤師が購入される方の顔を見て、そして説明しながらではない。よくネットを見てもらうと注意事項等々、例えばこれだと必読という形で下のところに書いてあって、そのホスピタルダイエットXXXの使用については購入者本人の責任において管理・服用することが原則です。万が一身体に異常を感じた場合はただちに服用を中止してください。なお輸入代行業者はあくまでも個人が輸入する手続を代行する機関になります。商品に関する情報を入手し、輸入及び使用の判断、服用管理に関する責任はすべてその申し込み者本人に帰結することをご了承してください。それでも危険な物を売ったということでは裁判では負けるんですが、実際にこれを書かないで訴訟を起こされれば、例えば1,000万円保証金とれるところを、こう書いてあるおかげで50万とか30万円になってしまうわけです。ですので、要はリスクがベースにあって、そしてそれを納得した上で購入、服用しているということの覚悟を持っていただかなければというふうに考えます。

インターネット上の健康情報の利用の手引き

前半のまとめです（図19）。インターネット上の健康情報の利用の手引きということで、いろいろな情報が手に入るすばらしくいい時代なんですが、まず質の高い情報を利用すると、それが大事です。それから、当然質の高さはそれぞれ発信している人の責任感がどれくらいあるかに依存するわけで、情報提供の主体が明確なサイト。ですからあるときアクセスしてつながったけれども、時間を置いたらなくなっていたというようなサイトの情報を利用するのは正しいことではないわけです。当然営利性のない情報であればあるほどやはり好ましいですし、客観的な裏づけのある科学的な情報であればさらにすてきだと思います。主に公共機関・公的機関ということで、社団法人という名前をかぶった薬理学会はもっと社会に対して発信しなければいけないですし、責任も応分の負担もとろうと覚悟を決めていると考えます。

常に情報はある時点、ある条件で成り立つわけですから、時点、その時点が動き、それから条件が変わればその情報はそのときの情報というふうになります。ですので、情報とはいっても、いつの情報だったのというのはとても大事で、新しい情報がやはり常に欠かせないと考えます。複数の情報源から同一の内容であれば、その信憑性が高いということですので、1種類

の情報源に依存するということは危険で間違ふことが多いのです。情報の利用は個人責任が原則。これは徹底していただきたいと思います。ただし、疑問があればやはり専門家のアドバイスをということで、近くではやはり医師それから薬剤師に聞いてもらわなければいけない。ということは、医師・薬剤師はそういう疑問に関して、常に答えられるようなレディの状態にあらねばならんということで我々の責任が重いということにもなるわけです。情報の利用は、情報利用の結果が実際にどうだったのかを冷静に評価してほしいですし、やはりトラブルがあったときには、疑問があったときと同じように専門家に相談してほしいと思います。

肥満の科学入門

後半の流れは(図20)、肥満とは、それから食べるということが一体どういうことなのか。食欲とか食べる行動の調節機構。肥満の治療、ダイエットピルということで、まとめというふうに進んでいきたいと思います。

1) デブの帝国と「暴食」

さて、ことしのアメリカの科学協会のサイエンスという雑誌に、肥満という形で電顕写真に色をつけたヒトの内臓脂肪細胞がカバーになりました(図21)。アメリカは実に深刻な肥満の国でして、成人の3人に1人が肥満で、戦争をおっ始める前にブッシュ大統領はもう一つの「戦争」というふうに、「1日30分運動を」と大統領が呼びかけました。「運動」というふうには言っても、「少なく食べなさい」とは言わないんです。むしろ言えないんですね。選挙で票が欲しいものですから、裏に農業それから食品製造のロビーストのプレッシャーがあるものですから、少なく食べるとは言えないのがアメリカの現状です。

最近の本ですが、FAT LANDというものが、日本語の訳も出ています(図23)。『デブの帝国』あるいは超太めのいわゆる超「太」国、米国ということで、その本の内容を要約すると、「肥満が肥満を引き寄せる」、あるいは「脂肪が脂肪をよぶ」が、まずキーワードです。誤った知識、それから種々のダイエット法のはっきり言うとうそ、それからそういうふうな不都合な情報のまま子どもの肥満と糖尿病が増加している。そういう質のいい情報、それから正しい食事あるいは健康ということに関しては、階層が高い方こそ情報に接していて、悲しいですが、貧困や皮膚の色と、一緒に親から子へ肥満と不健康が受け継がれている厳しい現実があり

ます。

一方、中世の絵からとってきたものですが(図24)、ヒエロニムス・ボッシュの七つの大罪の中の一つに「暴食」、むさぼり食うというのがかつてはキリスト教国では罪だったわけです。ただよく見ると、こちらは3人のファミリーで、奥さんもご主人も小さな子どももいっぱい食べて、それから丸々太っている。それでもう一方がつつがつ食べていてもやせているということで、食べてもやせている人、あるいは少ししか食べていないということであっても太っているという人と、どうも肥満あるいは体重に関しては、何らかの家族性あるいは遺伝的なもの、あるいは遺伝子にある程度コントロールされているという例として、この絵を持ってきました。

2) 肥満度の判定と死亡率

肥満度の判定ですが、ボディマスインデックス、BMIというふうに略されるということが多くて、ご自分の体重を身長で2回割ってもらって、そして判断します(図25)。繰り返しますが、18.5未満はやせですし、18.5から25の間は正常、肥満度にもグレードを設けてありまして、25から30、30から35、それから35以上ということで肥満のグレードを設けてあります。内臓脂肪が高い場合は、健康問題の一つの独立したファクターになると言われていまして、これは外見からリンゴ型肥満あるいはお腹のところが膨らんだ肥満というふうに、内臓脂肪症候群という形で明らかに一つ健康問題というふうにとらえられています。

さて、実際どのくらい死亡率に関係するかというデータが出ています(図26)。BMI 22がほぼ標準というか、ある程度理想的なレベルというふうに言われているんですが、それはあくまでも集団の平均で、それから25であるのが適当あるいはやはり20であるのが適当という、それぞれの人もいるわけですが、それを平均して22ということでみます。その群の年間の死亡率を1とすると、+30%で1.35、+50%で2倍、いわゆる+100%、すなわち2倍の肥満度だと10倍となります。この数字を見たとき、薬理学で習う対数で見るとというのがいかに有用な見方であるかと実感しました。日本人の低死亡率の群というのが男性の場合は23から24.9、女性の場合は幅広くて、19から24.9ということで、18.5以下のやせが25%もある20代というのは極めて不健康な状態というふうに思われます。アメリカのデータですが、40歳のときに+20%以上の肥満だった女性は、標準体重の女性に比べて平均して7.1歳寿命が短く、40歳のときに肥満だった男性の寿命も5.8歳短かった。ところが、肥満と喫煙が重なった場合、寿命は男性では13.7歳も短く、女性では13.3

歳ということで、これは1950年代からずっと追跡して行って、それでこの人はいつ死んだということのカウントして得られたデータ（プロスペクティブ）で、やはり重い内容を含んでいると考えます。

肥満ということで先ほど遺伝的な要素という話をしました（図27）。遺伝的なもの及び食べるという行動の内容なんですが、摂取カロリー対消費エネルギーということで、要は食べた量とそれからどれだけ体の中で燃やして使うかということに、それぞれ遺伝子が関与することが学問の進歩でわかってきました。摂取カロリーが消費エネルギーよりも多くて、そして環境因子とあわせて肥満が起きるといふように、幾つかの要素で肥満は起きてきます。ですから、一筋縄では行かないんです。ただ、我々の先人は随分直観的に摂食あるいはやせ・太りに関して、いい知恵を持っていたと思われまふ。まず、脂肪分の脂ですが、よく見ると「にくづきにうまい」と書くんですね。やはりこってりしたものというのは舌にとってうまいという食の性格は、我々の舌が覚えてしまっているということだと思ひます。

本来いつも飢えて、食物を求めている我々も含めて動物は、すぐカロリーになり、脂肪として蓄えられるものを欲する傾向があります。基本的に私たちの体はそういうものでできているわけなんです。友だちにシベリアに行き来する人がいて、日本ではあっさりしたのが好きなんですが、シベリアに行くともう脂身以外おいしいと思わなくなる、むしろ脂身がもう食べたくなってしまう感じがなくなるそうです。それでも、日本で少し太めだったのが向こうに行くとびしっと引き締まるということで、本当に何か寒い地方は脂肪を燃やして熱を得ないとそこに生きていけない、適応できない、そういう環境があるわけなんです。ですので、摂取カロリー対消費エネルギーということと環境ということで肥満はつくり、あるいは決定されているというふうにはまずイメージしてください。

病気とはあるいは疾患とはどういう要素でできるのかという、もう一まわり広げて考えてみましょう（図28）。病気が問題になるわけですが、病原体あるいは有害物質、事故、ストレス等々の外部要因と、それから遺伝的な変異あるいは加齢などで遺伝的な要因で、そしてベースに食生活あるいは食習慣、運動習慣、休息あるいは喫煙、飲酒等々で発症してくるわけなんです。「習慣は第二の天性です。」

ただ、飲めない人は飲まない、あるいは飲むのをやめられないと、そういう行動も少なからず遺伝的なベースからも相互作用していますし、実際に病原菌等々にさらされても、免疫の強い人は何てことなく発症しないということで、それぞれまた相互作用があるという意味で、疾患を決めるものは、決して生やさしく簡単なものではないんです。肥満ということも複数の要

素からできあがるという意識がまず必要です。

3) 動物実験から得られた知見

市民の方が多かろうと思って、以下に動物実験の重要性ということでちょっと掲げたいと思いました(図29)。具体的にはネコの脳の視床下部に手術して、食欲の関係を調べた有名な実験が1950年代から60年代に行われました。この絵は、ネコの脳の中にある手術をすると、こんなに太っているけれどもまだ食べるというネコです。どこを傷つけたかということ、視床下部という場所の腹内側核というところで、傷つけると満腹感がなくなります(図30)。ですから、あんなに太っていてもまだ食べるというふうになります。

一方、外側視床下部という場所を両側傷つけると(図31)、もうこんなにやせていても、それから食べ物が目の前にあっても食べるという行動をしなくなるわけです。ですから、食べるということも、満腹感と食べようという行動からつくられるわけです。研究が進みまして、満腹中枢と摂食中枢ということで、二つの脳の働きでコントロールされていると言われていきます(図32)。先ほどのように満腹中枢を壊すと多食になり、肥満。それから摂食中枢を壊すと食べるという行動がなくなり、やせるということです。逆に今度は満腹中枢を電気刺激し続けると、食べるという行動に抑制がかかってやせるわけです。それぞれ血液中のブドウ糖、それから遊離脂肪酸で満腹中枢、摂食中枢が調節されています。具体的にはブドウ糖が下がれば食べたいという気持ちも強くなり、それから食べる行動も激しくなるわけです。脳内のアミン系神経が賦活化されると、言葉で言うと寝食を忘れてというようなのが、これもやはり先人の言葉ですが、覚醒状態あるいは気持ちが高まったときに、食べるという行為、それから食べたいという気持ちを抑えて、動き回る、あるいは働き回るということをご自分でも経験されていると思うんですが、脳内アミン類がこの摂食中枢を抑制します。摂食中枢の方を抑制する脳内アミンということで、これが後ほど覚醒剤関係でもう一度鈴木先生等々の話につながってまいります。

4) 食べたくなるのは(入力系)

食べるということで、お腹がすいているあるいはエネルギーが必要だということがわかるのは、まず脳の中に命令を伝える系が複数あります(図33)。血中のブドウ糖、グルコース、遊離脂肪酸、アミノ酸などがそれぞれ働くのですが、遊離脂肪酸が結構曲者です。ダイエットされて糖分をとらないと、確かに最初は体の脂肪分が分解されて遊離脂肪酸が出てエネルギー

源となります。ところが、これが極めて強く飢餓感、食べたい、お腹がすいたという気持ちを逆に刺激するんです。ですから、食べないで無理に体を動かすと、食べたいという気持ちを抑えるのに大変な努力をされるはずで、それから、インスリン、レプチン、グルカゴン等々の血液中のホルモン類がやはり食べたいあるいは食べるなという欲求を調節しています。それから、温かい物を食べたときに満足感というのをすごく強いというのもご自分の体で実感していると思いますが、食べているときに発生する熱あるいは温かい物というのは、摂食中の満腹感を刺激する一つの要素になっています。

胃袋が引き伸ばされるとグレリンと呼ばれるホルモンが出なくなります(図34)。逆に言うと、お腹がすくとグレリンが出て、「食べ物どこにあるのよ」という感じで行動の方にスイッチが入ると言われています。種々の胃腸それから脂肪から血液に乗って、食べたいあるいは食べるなというシグナルが脳に入りますし、それから複数の神経系を通じてやはり脳に入っているということで、肥満及び摂食の科学というのは一筋縄ではないです。なかなか奥が深いですし、複雑なものを含んでいます。

5) 脳と食欲、摂食行動

さて、実際に今度は食べる量をどうコントロールしているかということで、入力を受け止める側です(図35)。簡単に言うと、短期間は血糖値を維持しようということで大きく調節されます。ブドウ糖のグルコース受容器が短期間です。それから、長期間の体重の増減は、体の脂肪の量を一定にしようとする調節が強力に働きます。これから脂肪の定常性をお示しして、どのくらい強力かということをお示ししたいと思います。

食べるという行動、空腹感、満腹感の発生と摂食行動ということ(図36)。何度も出てきますが、摂食中枢あるいは満腹中枢がやはり視床下部にありまして、その周りが辺縁系でいろいろな本能とか情動の関係するところ、それから前頭連合野で情報を統合して、そして食べるという行動の運動中枢。それで味がどうだった、それから実際にお店に行ったときに、おいしければまた来たいというような認知ということになります。摂食、それから認知、評価というところでもう一度脳の中でループをつくっているというのが脳の見方です。

エネルギーバランスの出力は自律神経系と体性神経ということで(図37)、先ほどシベリアの話をしました、寒いときには筋肉が震える経験をされてわかるとおり、熱をつくるというのがとても大事になります。それ以外にホルモン系が関与します。

体重のセットポイント説、リポスターシス(脂肪定常説)を紹介したいと存じます(図3

8)。われわれの体は、脂肪の量を増減させることで、体重をセットポイントの値になるように調節しています。これが、ムリして減量しても、多大な努力にもかかわらず、多くの場合「リバウンド」で、元の状態にもどる、あるいはそれよりもオーバーするという原因です。

6) 肥満の遺伝的要素

肥満が遺伝的要素があるという話をしましたが(図39)、例えば100%遺伝子が関係する病気から、相当数の感染症のように、マラリアとかエイズウイルスで環境に影響されるところまで、種々のレベルで疾患あるいは病気が起こり得るわけです。肥満ですが、80~40%ということで、いろいろな実験系でばらつきますが、約70%が遺伝に依存して決まるというふうに考えられています。

このマウスは随分ぽってりして可愛らしく、ぬいぐるみなどにはこんなものがよくあるわけですが(図40)、我々研究者から見ればもう肥満だとわかります。そのマウスは、ただ太っているだけではなくて糖尿病があって、それから身体活動が低く、それから低体温である。すなわち全部燃やさないで蓄えてしまうというわけです。一方これは正常なマウスです。たった1種類の遺伝子、レプチンと呼ばれるホルモンが働かないというだけでこんなふうに太ったマウスができます。

肥満のメカニズムとして、脂肪細胞が自分自身どのくらいのレベル太っているよということを通じて、視床下部に血液を通じて情報を送っています(図41)。レプチンが受容体を通じて刺激されると食べるのは少なくなり、一方で交感神経系の活動が高まってエネルギーの消費が増加して、そして脂肪細胞を小さくする。すると小さくなった脂肪は、このレプチンが今度少なくなって、食べたいあるいは食べる行動のまたスイッチが入るといふ、調節になっています。

日本人の肥満を考えるときに結構参考になる考え方として、儉約遺伝子あるいは節約遺伝子という概念があります(図42)。オセアニアやアメリカ先住民で、アメリカ食をとるようになって肥満や2型糖尿病が急増しました。その現象を見て、ニールという人が実際我々の体重というのはどういうものなのかということを考えました。かつて我々は、乏しくて不安定な食物供給、いわゆる食べられない、それから飢餓状態が長いと、そういう環境に圧倒的に長くいたわけです。そういう環境の中では、儉約遺伝子を持っている人がエネルギーを儉約して生存し、それから熱にしたり、むだな動きをしてしまうような人は飢餓でやはりいち早く死ぬというようなプレッシャーの中で、どちらかという食べたものを有効に使う、あるいは食べたも

のを比較的とっておけるというような人たちの方が長い間には生き延びてきたと考えるわけです。近代化あるいは近年になって、食物が安定供給され、コンスタントに食が手に入る、あるいはときにはおいしい物を食べ過ぎてしまうという状況で、肥満、糖尿病が増加してきているのであろうと考えました。それ以外に塩分も、そういう形で蓄える方が元気であったということから、高血圧の人が今世の中に随分多くいるというふうにも説明されています。

7) アドレナリン 3受容体

ピマ・インディアンはオールドモンゴロイドで、我々日本人と遺伝的に近いアメリカ先住民です。その人たちには交感神経系の働きを受けとめるアドレナリン 3受容体に、トリプトファンがアルギニンに変わっているアミノ酸の変異を持っている人がすごい割合いるんです(図43)。その人たちがどうも肥満遺伝子、逆に言うと節約あるいは儉約遺伝子で、食べた物をむだに燃やさないという、かつて飢餓のときにはいい遺伝子だったのではないかと言われています。我々日本人も結構この因子を持っている人がいて、肥満女性の中にやはり節約遺伝子を持っている割合が高いという報告があります。

そのアドレナリン 3受容体って何かですが(図44)、思い出してもらいたいのは、赤ちゃんというのは体重がすごく少ないにもかかわらず、私たちと同じような体温であります。すなわち彼らは発熱しないと温度を保てないわけです。くしくも首の周りとか肩のところに褐色脂肪と呼ばれる、簡単に言うと電気毛布のような熱を産生する脂肪組織があります。一方、白色脂肪は断熱毛布というふうに言えるわけです。

ヒトの脂肪細胞におけるアドレナリン 3受容体の働きは(図45)、アドレナリンあるいはノルアドレナリンが刺激すると熱を産生するたんぱく質の発現がふえ、一方ブドウ糖の取り込みがふえて、熱を産生します。ブドウ糖の取り込みがふえ、それから骨格筋等々で酸化が進みます。熱を産生するというたんぱく質です(図46)が、ふだん私たちはミトコンドリアでミトコンドリアの内側から外側に水素を運んで、そしてできた水素の勾配で、ちょうど水車を回すようにしてATPをつくります。ところがアドレナリン 3受容体を刺激すると、水素の通り道を別につくって、そしてATPをつくるよりは、水素をせっかく出してもそれがまた戻るといって形で、熱産生をつくるというたんぱく質が甲状腺ホルモンあるいはアドレナリンの刺激でできてくるということが知られています。ですからこれを刺激すれば、確かに熱を発生して、体は比較的やせるという効果があるのは間違いないと考えます。

先ほどでぶの帝国のところで話しましたが、脂肪細胞が大きければ大きいほど実はさらに脂

肪を呼ぶという、脂肪が脂肪を引き寄せ、さらには種々の疾患につながる要素になるということが明らかになっています(図47)。

8) 肥満の治療法

肥満の治療法です(図48、49)が、これまで述べてきたように体重をコントロールするというのは、実は遺伝子あるいは遺伝的な行動決定に依存するところが多いです。ですから種々の体形を許す社会であってほしいというふうに思っておりますので、病的な肥満に関しては、これから述べるような治療薬があり得るわけですが、それぞれの体形は個人のものというふうにまず考えていただきたいと思います。

重度の肥満に対しては外科手術も可能です(図50)。ただ、手術まで行くのはいかなるものかということでは薬物療法が求められてきて(図51)、それで比較的だれにも効くのが食欲抑制薬です。これが確実に食欲を減らす、一群の覚醒剤です。それから吸収阻害、エネルギー消費促進薬ということで、自分は3受容体刺激薬に若干関係しているということで研究をしてきました。

9) 肥満を抑える薬物や物質とは

食欲抑制薬として、日本でもマジンドール、それからアメリカでもシブトラミンのような、先ほどの覚醒剤にそっくりの医師の処方で用いる抗肥満薬があることは事実です(図52、53)。麻黄(マオウ)と呼ばれる漢方に入っているものも、エフェドリンは基本的には覚醒薬の効果がありますので、高血圧の人が使うのは正しくありませんし、脳出血など種々の疾患を引き起し得ることもあります(図54)。それから、依存性の問題が必ずつきまといまいます。先ほどお示した中国製の健康食品薬の中にマオウが入っていたりとか、甲状腺ホルモンが入っていたりとか(図55)、さらにはN-ニトロソ-フェンフルラミンが肝臓死の原因だったわけです(図56)。

実はフェンフルラミンというのがアメリカでダイエット薬として大々的に10年前くらいに売り出されました。ところが、間もなく弁膜症とか肺高血圧症ということで命にかかわる副作用があるということで禁止されました。厚生労働省あるいは検査機関は、フェンフルラミンがやせをうたっている健康食品などに入っていないかどうかは必ずチェックするんです。先ほどの物質は、検査を免れるために、ここの部分に手を加えて合成し(図57)、やせるという効果は強くあるというものをわざわざ混ぜて、そしてああいう事件になりました。ですから、この

ダイエットピルは効く、食べなくてすぐやせるというふうに口コミで広まり手に入れられた方の中から、不幸にして死亡者まで出たのです。それからもっと言わせてもらおうと、中国の業者は、最初から公の検査を手を加えることで免れあるいはごまかして、そして毒を売りつけようという、極めて悪辣だったと考えます。

それから、甲状腺ホルモンは先ほど言った熱産生の働きがありますので（図58）、やせるということではありますが、ホルモン剤を使うということはホルモンの健康にとって極めて危険ですし、残念ながらやはり甲状腺ホルモンを含んだ薬を使って、肝臓をだめにした知り合いがいました。それから、実際に皆様方のインターネットのチェックは厳しくて、最悪ダイエット薬ランキングなどというサイトもあって、去年話題になったところですが、投票総数が1万8,000あるということで、こんなにやはり注目されているし、見られているんだということで、効かない薬は一気にインターネットでたたき落とされます。やはりインターネットは速く極めて影響力があるものです（図60）。

10) まとめ

生活習慣病に連なるような病的な肥満が存在するのは事実です（図61）。

でも、それぞれの体重はセットポイントという形で、各人に遺伝的に決まっているあるセットポイントで決められていますので、それを超えてすごい努力をしてダイエットして、本来の楽しかるべき生活あるいは本来の生活を無理するというのは、それこそ健康的でないと思います。食欲あるいは摂食行動とエネルギー消費には何重もの調節系があって、相当部分遺伝的に決定されている。アドレナリン 3刺激薬の宣伝をさせてもらえば、末梢性ですから覚醒効果はないまま脂肪を分解・燃焼させるような薬も今開発中でありまして、摂食抑制作用を持つ物質は覚醒効果が裏にあることがほとんどですので、中枢神経系や自律神経系、内分泌系に影響を与えるものを病的でない肥満に使うのは正しくないと思います。あくまでも必要であれば医師の処方、それから常に健康とのバランスで、ご自分の判断だけで使うのは正しくないです。

「今やせたいから使う、でも使うのを止めればそれきり」と思ってらっしゃるのも、肝臓を痛めてしまえばそれは一生ものですし、依存性ある薬物に手を出してしまえば、それはそれでまたとんでもない問題が次に出てくるわけです。

種々のダイエットピル、ダイエット薬、健康食品等々に医薬品並の効果を求めるべきではありません。当然これらは安全性と有効性に証明がないので、注意と警戒を怠るべきではないということで、前半のまとめともども、皆様方が賢く振る舞って、そして体形ということに関し

てご自分の一つの覚悟を持っていただきたい。

これで私の話といたします。どうもありがとうございました。

座長 柳澤先生、どうもありがとうございました。柳澤先生には、前半でインターネットでどんな薬物が今入手可能かということをお話しいただきまして、ほとんど結論的にはもういろいろなタイプの抗不安薬、やせ薬も含めて鎮痛剤、避妊薬、ホルモン製剤、専門領域で使われているかなりの部分の薬物が入手可能であるということをお話しいただきました。そういった薬物と基本的にどうやってつき合うかということで、前半部分で幾つかの手引き的なお話をさせていただきました。

それから後半部分では、やせというものに潜む、やせの実態、肥満の実態、肥満はどうして起こるか、それから遺伝的な要因がいかに関与しているか、さらに肥満がいろいろな病気にもつながる可能性があるということで、さらに肥満というものをどういうふうな手段でコントロールするかということで幾つかの薬を提示していただいたわけです。その中に安易にやせ願望でそういった薬物の入手にかかった場合にはいろいろな危険が潜んでいると、死に至るような例もあるということで、最後のスライドが大変いいまとめだと思うんですが、そんなことでお話しいただきました。

座長 それでは次に「薬物依存者からのメッセージ」という講演名で、仙台ダルクの飯室 勉施設長にお話をいただきます。

14ページに書いてありますように、仙台ダルクのダルクというのは、DrugのD、つまり薬のDと、Addiction(病的依存)のA、それからRehabilitationのR、CenterのCを組み合わせた造語ということであります。私も数年前に仙台ダルクのある人の同じような講演を聞いたことがあるんですが、ここに書いてございますように、飯室さん自身が薬物依存者で、覚醒剤を使い続けて、生きることも死ぬこともどうにもならなくなり、このダルクに入寮され、そしてその後仙台ダルクで薬をやめて、さらに薬物依存者の社会復帰のためにいろいろな努力され、いろいろな講演で活躍中であります。それでは飯室さん、お願いいたします。

「薬物依存者からのメッセージ」

仙台ダルク施設長 飯室 勉 氏

- 1) 薬物依存者の現状
- 2) 地域のネットワークを
- 3) 依存症は隠される
- 4) 自体験
- 5) 最後に

1) 薬物依存者の現状

飯室 皆さん、こんにちは。ご紹介にあずかりました薬物依存者の飯室といたします。最初にそのことをお話ししようと思いましたが、今ご紹介にあずかりましたように使った当事者です。

今柳澤先生がお話ししてくださったように、いろいろな危険性があるって、薬物を使っているときというのはどういう効果があるってか、私の体験から言いますと、もうこうなるから、悪いからやめるとかやめないとかというレベルで使っていたような気はしないんです。もうそこしかないというか。友だち関係も。そして決して安易だったとは私自身は思っていないです。社会の中では好奇心とかいろいろと言われていますが、じゃ、何で好奇心がわくのかというのが問題であって、安易に考えているから、簡単に手に入れやすいからいけないんだという話では、なかなか薬物を使う人たちが回復していきにくい社会なんだろうと思うんです。

そしてきょうお伝えしたいのは、私その現場で今もう6年ぐらいになりますが、やはり地域の中でそれぞれ皆さん、その分野では頑張っているんですが、それ自体のネットワークというんでしょうか、つながりがやはりなかなかされにくいのが現状なんだろうと思うんです。地域の中で、では薬物依存者、例えばシンナー吸って暴れているとか、処方箋薬だけでも飲んで暴れている、酔っている、倒れているとかといったら、じゃ、すぐにどこに相談すればいいのかということがなかなか難しいんだと思うんです。地域社会の中で起きる問題なので、地域の中にそのネットワークがないと、例えば身近な人たちに起きたとき、そういった人たちがやはり助かりにくいんだと思うんです。

薬物使った人はでは今実際どうなるかという、悪いことをしたんだから捕まえればいいんだという話なわけです。捕まえるわけです。捕まえて、今刑務所一杯なんです。刑務所の収容が今10万人ぐらいと言われている中の8万人ぐらい、何らかの形でアルコールとか薬物がかわっている。それぐらい大変なんです。

薬物というのは先ほど言ったように例えば抑制になったり、脳に刺激があったりして、体のダメージもあるわけです。体のダメージがあった人が刑務所で反省の意志を促されても、体とかは回復しないわけです。刑務所に入れても。その人たちに意志とかいろいろ促しても、結果的に今再犯率というのは57%と言われているんですが、2人に1人、もしくは3人に2人は薬を使っているというのが現状です。出所したらまた使うというのを地域の中で繰り返して、結果的には社会の中では使っている本人が悪いんだと、意志が弱いんだと、家族の育て方が悪いんだ。じゃ、悪いのはわかったから、その人たちを治すためにはどうしたらいいですかというのを皆さん、お聞きしたいんです。

ありますですかね。警察という話になるんだけど、例えば皆さんの身近なお子さんでもお孫さんでもだれでもいいです。すぐ警察に突き出せますかね。どうですか。普通の親御さんだったら、警察には多分突き出せないと思うんです。それで親御さん自身も親の育て方が悪いとか、未成年だったら言われるわけですから、自分がわざわざ責められるために社会の中に入っていきたくないんです。だから、我が子を抱え込んで、一生懸命自分の力で何とかしようと思っているわけです。そして、体がぼろぼろになって、幻聴・幻覚が出て、精神病院に入らなければならなくなったとき、もうどうすることもなくて、保健所に行ったり、薬務課に相談したりいろいろするんでしょう。今のところそこしかないんです。だから体ぼろぼろですよ。それでリハビリとかそういったレベルではなくて、例えばそこに重複障害が出たり、うつ病になったり、それが現状なんです。

だから逆に言うとそのネットワークづくりみたいなものを今提案したいのと同時に、きのう（10月2日）NHKのニュース10という番組で薬物のことをやっていたんです。リタリン（メチルフェニデート）という薬なんです。これは子どもたちのADHDという治療のために本来は使われているものなんです。あとうつ病でも投薬すると言います。それは覚醒剤と同じ作用なんです。私も欲しいんですが。違法じゃないです。ただ、狂ってしまいますから、この場所にもう立てなくなるので、使いませんが。実際に治療薬として使われているそのADHD。きのうのニュースで言っていたのは、患者さんはその薬を欲しいために必死に病院に通うわけです。例えば1日3回の服用とか2回の服用のコントロールできない人が依存症と言うんですが、その人たちが病院に行って、何とかドクターにうそついたりなんだりして、薬をとるわけです。薬をくれないと、待合室なんかで暴れるんだそうです。それが依存症になって、警察問題を起こしたりするんですが、そのお医者さん、ドクターなんですが、その薬を服薬している人は多分事件かなんか起こしているんですね。それで何でそんなに投薬し続けたんだということを言ったら、待合室で暴れられるのが困るとドクターは言ったんです。だから、医療と関係ないんですね、待合室で暴れること。うつ病とかADHDを治すための薬なわけで、待合室で暴れるのが困るための薬ではないわけです。

2) 地域のネットワークを

そこで私が言いたいのはだからドクターがだめだという話ではなくて、そこに地域のネットワークづくりが基本からあれば、例えば待合室で暴れそうになった場合には、警察の当局とか、そういったところとつながりをあらかじめ持っていればいいわけです。そういう問題が起きそうになったら警察にお願いするとか、そういうことができるんだけれども、地域にそのネットワークづくりがないためにそういう問題が起きやすくて、結局投薬をしてしまう。しかも問題なのは、今リタリンで近くの病院に5年間入院している女の子がいるんです。22歳で来たのもう27、8歳になっているんですが、仙台市内のクリニックでそのリタリンを出すんです。今精神病院に入院しているんです。処方箋なんか出してもらったときに、その処方箋が通る調剤薬局なんかネットワークづくりがあれば、例えば1日3回2週間が基本だとしたら、それ以上買う人を、ネットワークづくりがあればあらかじめ押さえることができると思うんです。

ところが今そのネットワークがないばかりに、例えば半年間通って調剤薬局は1軒だめだった、じゃ、次のまた調剤薬局に行って、またそこでもらう、またそこでだめになる。一個一個

つぶれている間に、本人はもう狂ってしまうんです。だから、地域の中にそのネットワークづくりをこれからしていかなければいけないと思うんです。使ってしまったやつがいたら、だれかがだめだと言っているけど皆さんは助からないんです。もしくは皆さんの身近な人たちは助からないんです。そして、何で助からないかという、この中で薬物の相談窓口を知っている人。後ろに書いてありますよね。それ以外に薬物で困ったり、苦しんでいる人たちが相談できる場所、だれか知っている方ありますか。宮城県に限らずですよ。東京は少しあるのかな。実際にはないんです。家族も困り果てるわけです。

きょうの資料の中には保健所とか薬務課は書いてありますよ。秘密も厳守します。これは間違いないんです。けれども、実際のところ宮城県の精神保健センターでも年間何件というレベルです。じゃ何で保健所とかそこに相談しに行きにくいのかという話になってくるわけです。簡単に言えば敷居が高いんです。地域の中で例えば警察と保健所がつながっているのか、つながっていないのかと、秘密厳守してくれるとかというのはやはり地域の中に情報が行っていないんです。だからやはり相談行きにくいんだろうと思うんです。

ダルクはどのくらいかという相談が大体年間250件ぐらいです。大半の家族はわらをもすが。実際にはその狂っている本人ではなく家族が来ますから。その家族のケアもとても大変になってくるわけです。5年とか、10年とかその狂っている人たちとかかわっている家族も病気もなります。何とかしなければいけないと思って、意志を強く持たそうと思って、車買ってあげたり、アパート借りてあげたり、いろいろなことをするわけです。必死ですよ、親は。育て方が悪かったと親は反省しているわけですから。愛情を注がなかったから買ってやるのか。その車を売り飛ばしてまた薬代になったりするわけです。

だから、地域の中に安心して支えてもらえる雰囲気はやはりないんです。裁かれるという雰囲気なんです。違法なんですから裁くことも必要なんです。ただしそれだけで再犯率57%、60%になっているということは、3人に2人はまた使ってしまうという事実はやはり社会の中で受けとめなければいけないと思うんです。3人に2人は使うんです。そのうちだんだんぼろぼろになって、意志とか根性のレベルでなくなってきて、重複障害とかいって手帳もらわなければ生活できなくなっていくんです。それが皆さんの身近な人たちがなくなっていきます。

3) 依存症は隠される

それで皆さんの中には多分身近にそういった人たちはいないと思っていると思うんですね。何で身近な人たち、皆さんに相談しにくいかというと、違法薬物使っていて、我が子のことをじゃ簡単に相談する人というのは、逆に言えば狂っていると思います、私。普通は隠すんです。身近な、まずいなと思っていることなわけで、だから、皆さんの中に情報が行きにくいとか親戚の人だとか近所の人たちが、その薬物を使っているということがわかりにくい社会ではあるんだろうと思うんです。

親も隠すし、本人も隠すし。使っている本人が、僕薬使っていますと言う人たちはやばいです。ただし、親に知られている、近所の人に知られているようになってきたときには、もうこれは依存症という病気になっているんだろうと思うんです。コントロールが効かなくなっているわけだから。隠し続けて使っていた、親にうそついてもなんでも使っているんだけど、それが使えなくなっているというのは、やはりコントロールできなくなっていることなんです。それが多分依存症とって、後半に石川先生がお話ししてくださると思うんですが、私もそのコントロールが効かなくなった張本人で、最初はうまく使えると思っていました。それで使えていました。ところが今度はやめたいと思ってもやめられなくなっていくし、それでましてや私30で薬使わなくなったんです。それで今でも使いたいです。今8年間とまったから治ったということもないし、ダルクの責任者をやっているから治ったということもないです。私自身が依存者ですから。依存症というのは一生治らないと言われているし。糖尿病と同じだと言われているし、とても絶望的ですがっかりしますが、それで薬がとまっていくんだったらいいけれど、絶望感だけでは薬はとまらないから一生懸命こうやって大声出してしゃべるわけです。それでこの場所を与えてもらって、自分の回復になるかなと思いながら、皆さんにこうやってメッセージさせてもらうんです。

4) 自体験

逆に私が何で薬を使ったのかということは今からちょっとお話ししたいんです。高校に入ってから薬を使ったんですが、自分は薬物を使うとかシンナー使っているやつなんてばかだと思っていましたし、まさか自分が覚醒剤なんか使うなんて夢にも思っていませんでした。19で覚醒剤を使いますが。

子どものころから親戚ではみんな何々大学とかと、そうそうたるメンバーがそろっていて、私も大学は行くもんだろうと思っていました。その前に小学校のころからプロ野球選手になりたいと思って、ずっと野球を志していました。甲子園に行って、しいてはプロ野球選手になる

というふうに思っていたのが学生時代で、それがだんだん現実が見えてきて、中学生ぐらいになったらプロ野球選手も無理だと、甲子園も無理かなというふうに思ってきたんですが、高校やめて、大学も行かないなどということは夢にも思っていなくて、ところが高校進学で少しつまずきまして、結局自分の思ったとおりの高校に行けなくて、親の敷いたレール、親が知っている高校の先生に頼んで、推薦という形になりましたが、東京で言えば名門校と言われる高校に入りました。仙台で言えば仙台育英、東北クラスになるか、それから仙台商業とかあのクラスになりますかね。僕らのころ帝京とか早実というのが東京にありまして、そこを破れないとなかなか甲子園には行けなかったんですが、大体その辺のレベルの高校でしたが、その高校に入りました。

私横浜なんですけど、横浜からその高校に2時間半かけて通っていましたが、甲子園に行く行かないというレベルで、それでうちの高校はその春に甲子園に出たりして、結構有名な学校になっていました。その高校を選んだ理由というのは、親のメンツ、兄貴のメンツ、監督さんのメンツみたいなものがあって、甲子園に出て、夢を追ってなんていうレベルではなくて、受けとってもらえる学校がなかったからそこに行ったみたいなのところがありました。

野球部で入りましたが、結局もうそういう高校になると同級生でも何というかプロ野球養成所みたいなところだったので、もう自分のレベルでは到底追いつかないという、とても高いレベルで野球をやっていたのもうついていくのが精いっぱい、夏休みぐらいまで朝早くから夜遅くまで、学校へ行って野球をやっていました。夏休みだったんですが、もうこのままやってもだめだ。僕はマネージャーというポジション、役割になったので、初めて横浜から行ったといって騒がれたんですが、横浜からわざわざその高校に通ってマネージャーやっていたてもしょうがないし、これ以上やっても兄貴のメンツも監督さんのメンツも親のメンツもつぶすからと思って、合宿所というところを飛び出して、家出をしました。中学のときの不良仲間のところに行ったんですが、そこにあったのがバイクとシンナーでした。何だかぼーとするなという感じのもので、私こいつで人生変わるとは夢にも思いませんでしたが、あればある、なきゃないで済むような薬物でした。たまに買いに新宿に行ったり、いろいろなところで買ったり、盗んだり、あとは町の金物屋さんで買って吸ったりしていました。

それから3年ぐらいたって、家出を何度も何度も繰り返して、それで19歳のときだったんですが、ある暴走族の連中のところに家出をしました。家出していましたがもう帰る場所もなかったです。その場所に覚醒剤が出てきました。覚醒剤というのはヤバイ。あのころは人間やめますか、覚醒剤やめますかと言っていましたね。だめ、絶対ではなくて。なかなか意志

も弱かったんだか、強かったんだかわかりませんが。「飯室、いいものがある」「何よ」「シ
ャブよ」「シャブか。おれ、いいや」。そのとき3回ぐらい断りました。4回目に、その使っ
ているやつに「飯室、やめたければいつでもやめられるよ」と言われたんです。そいつ使っ
ていたんです。狂っていないし、仕事は一生懸命やっているし、覚醒剤というのは一生懸命やる
薬なんですよ。集中するわけですから。

1回ぐらい使ってもいいかなと思って、やめたければやめられると本人言ってるし、そう
だ、1回使っただめだったらやめようというふうにはやはり思ったんです。私お金持っていたの
で、そのお金で5人組ぐらいでやったんです。で、飯室が金出したんだから一番最初に打って
やるとか言ってね。覚醒剤打ちました。

第一印象を皆さんに伝えておきます。こんなに世の中ですばらしいものあるのかなと思った
ね。これで人生が変わると思いましたよ。学業的なコンプレックス、高校中退というコンプレ
ックス、野球も途中でやめちゃった。私は高校から不良になっているものだから、高校デビュ
ーといって不良でもダサインですよ。私は中学から不良じゃなかったの、高校を途中でやめ
て、不良になって、暴走族やっているものですから、すごくコンプレックスがあったのが、全
部吹っ飛んで、「こいつは変えられる、人生」。薬物使うやつというのはみんなそうなんです
よ。こいつで人生変えられると私は思ったんです。最初断ったのが加藤というやつなんです
が、今度はお金を茨城から、もうそのころ茨城に引っ越していて、横浜までお金を持っていっ
て、加藤に「買ってくれ」と言って、自分から今度求めるようになりました。

それから数年たって、今度はご飯が食べられなくなったり、何というかカーテンの向こうに
だれがいる、注察妄想というんでしょうか、そういった妄想が出始めて、それでも数年間は親
元では何とかばれなくて、学校行くとか僕は東京に茨城から3回ぐらい出ているんです。専
門学校に行くとかいろいろを言いながら、親元では薬を使いたくなかったの、それを
約8年間繰り返しました。

8年たったとき、27歳のときでした。もうどうしようもなく、幻聴・幻覚が出るわ、注
察妄想はあるわ、生活はできなくなるわ。水道、電気、ガス、全部とまってしまうわ。バルサ
ン二つたいてもゴキブリ消えないわ。でも生きることも死ぬこともどうするもできなくなっ
てしまって、実家に戻ったんです。その8年間の間に実家に戻ったときというのは、抑止がある
のかなんなのか薬がとまるんです。半年とか3カ月とか薬がとまるから、3カ月ぐらいとまる
と、おれはもう治ったと思ってまたチャンスくれと言って、東京出ていくわけです。東京に出
るとまた薬使ってしまうということを繰り返していました。その27のとき、妄想だとか幻

聴、そのころはわかりません。本当に聞こえてきているものだと思っているし、その妄想とか幻聴・幻覚とか人に見られている注察妄想みたいなものそのまま茨城に戻って、茨城に戻ればまた薬がとまると思ったんだけど、今度はとまらなっかです。

もうその日からすぐに窓ガラスを1枚割って、親を脅かして金とって、横浜まで車飛ばして、覚醒剤を買いに行くという生活を3カ月ぐらい続けた大晦日でした。これは何回も聞いている人もいるかもしれませんが、おわかりになりますかね、私の家は今四六のがまの筑波山の中腹にあるんです。筑波山の中腹に筑波山神社という神社があって、お正月になると初詣でいっぱい人が来るんです。大晦日の夜にそこに人が歩いていました。私、床屋さんへ行って、帰ってきて、浮き浮きして、来年はもう覚醒剤使わないとか、意志を強く持って、お正月はもう心きれいにみたいな気持ちでいました。夜の9時ごろに筑波山神社に参拝しようとして歩いている人がいたんです。実家のもう500メートルぐらい手前のところだったんですが、私その人を追い越したんです。夜9時ごろだったんですが、真っ暗だったんです。追い越した途端にフロントガラスがバシッといって、ハンドルがドンと音がして、はねたんです。即死でした。そして、おれは中途半端に生きているし、親にも迷惑かけてるし、薬もとまらないし、人の命も奪った。そのとき初めて死のうと思いました。

ところが死ねないんですね。あの当時は薬というのは市販されている薬はいい薬、覚醒剤は悪い薬というふうに僕の中ではあったんです。一般に市販されているものはいい薬なんだと。友だちが首つり自殺したり、ガス引っ張って死んだという話はよく聞いていたんですが、そういうのは嫌だな。薬、ある胃腸薬なんですけど、それを一気に100錠ぐらい飲んだんです。それでも胃腸薬ですから死ねなかったです。ところがやはり死にたいという気持ちになって、それで私が覚醒剤を教えてしまったいところがあるんですが、そのいところを殺してから自分も死のうと思ったんですが、そのいところには書き置きだけして、おれが先に死ぬからお前も後からついてこいみたいなことを書いて、死ぬ決意をしました。

ところが死ねなかったです。それでも薬とまらないし、人の命奪ってしまっているし、どうしらいんだらうと思っているうちに横浜で1度目の逮捕をされました。6人ぐらいの刑事さんにこう押さえ込まれて、「飯室、お前を逮捕する」と言われて、押さえ込まれて道路でこう大の字になりました。8年たって初めて捕まったんですが、その捕まったときの気持ちというのは「ああ、これで薬とまるかもしれない」と思いました。星空見ながら、「ああ、これで薬とまるのかな」と思って、捕まってちょっとほっとしたんです。

それで2カ月もいかなかったか、1カ月弱ぐらいで保釈されて、社会に戻って、裁判を受け

て、執行猶予というのをもらって、社会に出てきました。それから監視があったので、兄貴の会社で約2カ月間毎日仕事をしていました。それで2カ月とまったから、自分ではもう大丈夫だろうと思っていたんです。何で2カ月かというと、2カ月目の給料日になったんです。それで給料日で給料もらったそのお金を見た途端もう薬の欲求が入ってしまって、そのままそついで、兄貴にもうそついで、従業員の人の利用して、その従業員に運転させて横浜まで飛ばして、薬を買いました。

ところが、もう1度捕まると気持ちいいとか、そういったものというのはもうほとんどなくて、一言で言うと苦しいんですが、それから約3年間、もう苦しいというのが今度は薬を買う生活が続きました。今の言葉で言うと引きこもりでしょうか。部屋に約3年間いて、部屋の中で用を足す、そういう生活をずっとしていました。それでも親は一生懸命かかわって、ご飯も出してくれていたし、車も買ってくれたし、いろいろなことを再三再四してくれましたが、やはり薬はとまらなかったです。

約3年間その幻聴・幻覚・妄想、それで筑波山の周りをパンツードで駆けずり回っていましたが、その状態を見て、うちの両親が地元の警察に保護をお願いして、うちの息子は狂っていると、これ以上使っていたら死んでしまうから捕まえてくれと言って、うちの両親は警察に行ったんだそうです。

その前に精神病院にも行っていました。保健所にも行っていました。うちのおふくろが最後のきっかけになったのは、狂っている姿で私が追いかけるものですから、うちのおふくろははだして逃げて、近くの見知らぬキリスト教の教会に飛び込んだんだそうです。その教会の神父さんが突然来るようになっていて、私はそのころというのは、別にそういうものにも関心がなかったし、結果的に今僕も洗礼というものを受けてクリスチャンになっていますが、そういったところにもう逃げるしかなかった。家族を追い込んだ。それは私とても反省しています。そして、先ほど柳澤先生が言ってくださったように体もぼろぼろになる。骨粗鬆症ということも出ました。脳の細胞もおかしくなる。一番やはり苦しめたというか、自分自身もやはり大事にできなかったと思っています。

それで大事にできなかったわけというのは、後半に石川先生にお話ししていただきますが、何か子どもころから家にいることが落ちつかなくてね。ちょっと話は飛ぶんですが、私はここで2度目の逮捕をされました。服役しました。その後1年ちょっと入っていて、社会に出てきてからダルクのプログラムをやって、今8年6カ月ぐらい薬がとまっています。それで現在に至るんです。私は専門的なことはよくわからないんですが、私は小学校のころからお手伝い

さんに育てられていたんです。母親に育てられたという記憶が余りない。ただ怖かったというのが印象にあります。この間聞いたら、私を産んですぐに、おふろかなんかに入れているときに私の心臓がとまったんだそうです。それで私の母親が慌てて何か水につけて、頭をこうやって振ったら心臓が生き返った。その後うちの母親は子どもを育てるのがとても不安だからといって、3年間私は人に預けられていたんだそうです。それを初めて聞いたんですが。とても不安になったので、母乳も出なかったりなんざりしたんでしょうね。それで私はそのことを聞いたとき、やはり、もうそのころから頭に障害があったんだ。だって、心臓がとまって、頭振って戻ったとしてもやはり頭振っているわけだから。ただうちのおふくろはそれがショックだったんだそうです。それで私は6年生までそのお手伝いさんに育てられているんです。それは覚えているんです。

家の中ではやはり安心感というのはなかったですね。何かこういつもぴりぴりしているというか、親の顔色見ながら生きていた。兄貴もいたんですが、兄貴も一緒に暮らした記憶がないんですね。7つ離れていて。何で記憶がないかという、兄貴は高校、大学、就職と野球やっていたんです。就職といってもプロ級の選手ではなくて高校の野球の監督をやっていたんです。それで合宿所にずっと入っていたものだから、兄貴とは一緒に暮らした記憶が全然ないんです。だから兄貴というのはこう妄想の中でというか、あこがれの人というか、兄貴を志して僕は野球をやりましたからいつも兄貴は目標でした。子どものころを振り返ってみると、いつも自分から兄貴というものを見れないで、兄貴という目から自分を見ていた。いつも何か自分は劣っている。そんな見方を自分の中で、自己評価がやはり低かったんだろうというふうには思っています。

もっとプログラムがつながって、不良になったころというのは親を恨んでいましたが、今それで反省もしたり、埋め合わせもしたりしますが、今振り返ってみると親も必死になって生きていた。それでうちの親が何で必死になって生きるかという、うちのおふくろというのは、小学校4年生で両親死んでいるんです。それで4年生のときは、私で言うおじいちゃんというのは首つり自殺しているんです。3年前にそのおふくろの弟というのも首つり自殺しているんですが、そういう何というか子どものころからうちのおふくろというのは人にばかにされたくないとか、貧しかったとか、親を知らない親というか。4年生で両親亡くなっていますから、そういう環境に育った中で必死になってうちのおふくろも私のことを育てたんだろうと思っています。ただうちのおふくろが子どもを育てるときの一つの基準というのは、親から見た目というのではなくて世間体みたいなものがあって、革ジャン着るのは不良だとか、ギター持

っているのは不良だとか、赤いシャツ着ちゃだめだとか、一般的なそういうもので私たちをはかっていたように思います。つまり型にはまっていたんですね。私はそれが窮屈だったから、それは窮屈だからやめてくれと言う能力があったら多分不良にはなっていなかったんだろうと思うんです。それは私の問題だから、おふくろの問題じゃないからというふうに言えていれば僕は病気になっていなかったと思うんです。ところが、やはりそういう能力がなかったので、薬物に頼るしかなかったのかというふうに今思っています。

5) 最後に

ネットワークのところから、私の体験。きょうは、ここに来るまで本当にいろいろなことを話したくていろいろ考えていました。薬物の現状のことをお話する、皆さんに知ってもらうことがいいのか、薬物依存者というのはこれだけ勉強して、地域の中でも立派に貢献できるといういいところを見せるのがいいのか、いろいろ考えました。いろいろな勉強していますから。ところが最終的に先ほどたばこ吸っていて、最終的にやはり薬物依存者からのメッセージだから私の体験がいいんだろうというふうに思って、今皆さんにお話しさせてもらいました。

決して薬物をいいと思って使っていませんでした。ただし、正当化もしました。薬物って本当はいいものではないかと思う時期もありました。ただし、コントロールできなくなって、家族にも迷惑かけて、何より自分が狂い始めて、パンツ一丁で筑波山駆けずり回ってしまうわけですから、そういった状態になったときにやはり私は一度死んだんだろうと思います。我々の言葉で言うと底つきと言いますが、その底つきができたお陰、そして家族がわらをもすがる思いで警察に突き出してくれたお陰で、今ここにこうしていられている。そしてプログラムがあったから、私が今こうやって立って、ここで生きていられているんだろうというふうに思っています。

16歳ぐらいからドロップアウトしているわけで今でも社会性もなく、社会で通用しない。よく言われてがっかりするときがあるんですが、私その依存者本人なので社会に出て行って通用しないかもしれません。ただし、私たちが社会に出て、社長さんになる、エリート社員になる、そういったことが問題なのかどうかというと、残念ながら今薬物依存者というのは薬物をとめることが仕事だというふうに僕は専門家の先生から言われました。社会の人たちが薬物依存者に求めていることというのは、薬がとまったらとまったで、薬がとまったことが当たり前で、今度は社会に出て仕事をすることを求められるんですが、それはとても大変なことです。ましてや一人の力では絶対とめられない。意志を強く持っている人というのを今度紹介

してください。社会の中にいるんだったら。僕はその人たちも生きやすい生活しているとは到底思えないです。だれにもわかってもらえなくて、苦しみながら、薬とめながら社会で生きてると、私個人的には思っています。そういった人たちが薬を使ってからではなくて、薬を薬にとめていくためにダルクみたいな施設があるわけだし、ダルクというのはどういうところからというと、薬物を使った人たちが薬をとめ続ける、そういった施設だったりするので、そういった人たちと分かち合って、きょう1日使わない生き方をしていくことが薬物依存者にとっては今のところ一番楽なのかな。余り無理しないで、薬をとめることを仕事だと思って、今プログラムやっていきたいというふうに思っております。

大きな声をあげました。ちょっと時間もなかったので、簡単にお話しさせてもらいましたが、これで終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

座長（只野） どうもありがとうございました。柳澤先生のお話にありましたように、インターネットで覚醒剤も簡単に入手できるというのが昨今でございます。そして、それを乱用すると、今のお話にありましたような大変危険な精神状態に陥り、それを実体験を踏まえていろいろお話ししていただきました。そしてまた、薬物乱用者にこれからどのように対処するのか、どういう相談窓口あるのか、そしてそれをどのように今後やっていったらいいのかというさまざまな問題点がありますが、それは社会、日本ではまだ対処されていないというのが現状であります。もし皆さんの中で手短かに一つか二つご質問があればお受けいたしますが、どなたかございますか。ではまた総合討論のところで質問をお受けしたいと思います。どうもありがとうございました。

座長（只野） 最後の演題は、それを入手して、なぜこういうふうな精神症状を引き起こすのかということにつきまして、「依存性薬物の行動精神薬理学」というテーマで、星薬科大学薬品毒性学教室の鈴木 勉先生にお話をさせていただきます。講演の内容は、主に薬物依存についてですが、最後にモルヒネのような麻薬性鎮痛薬。一般の人たちにとりましてはモルヒネと聞きますと、どうも薬物依存という毒性的な面にとらえがちですが、慢性疼痛患者にとっては痛みがあれば依存性が少ない。今は積極的にQOLの改善に使われています。そういう観点について鈴木先生にご講演をお願いしたいと思います。先生、お願いいたします。

「依存性薬物の行動精神薬理学」

星薬科大学薬品毒性学講座教授 鈴木 勉

- 1) 薬物依存とは
- 2) 法的規制
- 3) 覚醒剤依存
- 4) 市販鎮咳薬の依存
- 5) ベンゾジアゼピン系薬物の依存
- 6) 大麻依存
- 7) がん疼痛治療とモルヒネ依存

鈴木 どうも只野先生、ご紹介ありがとうございます。最後になりまして、皆さんお疲れのことと思いますが、ちょっと難しい話も出てくるかと思いますが、できるだけかみ砕いてお話ししたいと思います。今飯室さんの方から実際に使ってどうだったという、どうやって落ち込んでいったんだというそういうお話をいただいて、我々学問的に、あるいは動物を使った実験でこんなことが言えるんだということをこれからちょっといろいろお話ししていきたいと思います。本日の内容なんですが、ここに（図3）挙げましたように七つのテーマについて簡単にお話ししていきたいと思います。

- 1) 薬物依存とは

言葉的に薬物依存というのはどういうものかということで、WHOの方で1969年に定義されているわけです(図4)。これは要するに生体と薬物の相互作用で起きるということなのですが、精神的な効果を体験しようとして薬を求め。すなわち先ほどのお話にもありましたように、非常にいい多幸感、幸福感が得られる。それで薬が欲しいと、そういう精神依存とこちらで書いてありますが、精神的な依存です。それから、先ほどの覚醒剤、シャブやなんかには身体依存はないんですが、ずっと使い続けることによって、薬が切れたときに俗に言う禁断症状、これは非常に苦痛なわけです。それを避けるためにまた薬が欲しいというような、そういう状態になってしまいます。それで持続的にあるいは周期的に薬をとり続ける。これが依存というふうに定義されているわけです。この薬が切れたときにいろいろな身体症状が起きる。これを身体依存と言いまして、退薬症候あるいは禁断症状が発現してくるわけです。

今も医学的な使用、医療としての薬物、それから医療上の有用性は余りないんだけど、乱用目的に使われるという二面性があるわけです。では、乱用というのはどういうことかという定義なんですけど、これもWHOでなされております。医学的な常識を故意に逸脱した用途あるいは用法のもとに、薬物を大量摂取する行為を薬物乱用と言うんだと、このような定義がなされているわけです。

先ほどの実体験のお話を伺っていますから、どういうふうにして依存に陥っていくかということは大体おわかりいただけたと思います。先ほども好奇心とかあるいは仲間、そういう誘いです。それで、その薬をやってしまうと、そうすると先ほど言われたように非常にもう今まで経験したことのないようなすばらしい世界が広がってくる。そうするとまたとりたいという当然欲求が出てきます。それで先ほど実体験でどうだったのか、この辺がよくお聞きできればと思ったんですが、「とりたい。けれども違法ドラッグだし。」あるいはいろいろな家庭のこともあるし、そういう面で葛藤が起きる。でも、やはりこちらのすばらしい世界、その魅力にはもう勝つことができなくて、また薬をとってしまう。こういうような悪循環ができて、これを繰り返していくのです。すべての薬物が身体依存を形成するわけではないんですが、ある種の薬物は身体依存を形成して、薬をやめると禁断症状が出て、非常に苦しい状態になる。そういうような悪循環があって、この依存というのが形成され、維持されていくわけです。

ではこのような依存を形成する薬物にはどんなものがあるかということで、WHOでは1964年に7タイプを挙げておりまして、その後1969年に9タイプに分類をし直しております

す（図6）。身体依存、禁断症状を起こすもの、それから依存を形成するものはすべて精神依存を引き起します。ですから依存性薬物であれば何らかの非常な多幸感、あるいは活力的なもののとか、そういうものを引き起こしてくるわけです。

まず、アルコールです。これは多くの方々が嗜好品として飲んでおられますが、ただこれも過度に飲み過ぎますと身体依存を形成しますし、アルコールを飲まなくなると今度は振戦、せん妄、痙攣とかこういうような離脱症状、禁断症状を引き起こすようになるわけです。

バルビツレートといいまして、睡眠薬あるいはベンゾジアゼピンのような抗不安薬、そういうものと非常に類似しておりまして、もともとは1964年の分類ではこれは同じ分類になっていたわけです。しかし、アルコールの方は嗜好品であるし、片やこちらの方は医薬品である。そういうようなことから1969年のときにこれを分離独立させたわけです。したがって、この二つの依存というのには非常に類似しておりまして、身体依存、禁断症状も同じような症状を示します。それから、精神依存もこのような形で出てくるわけです。

アンフェタミン、先ほどのお話のあったような覚醒剤はこれに属しているわけです。身体依存はありませんが、非常に強力な精神依存を形成する。また耐性も形成するわけです。耐性と言いますのは、同じ効果を得るために用量をどんどんふやしていかなければいけないと、そういうような現象のことです。

大麻です。これも非常に日本でも多く乱用されているものになります。現在のところ余り医薬品としての用途はないんですが、食欲亢進作用があります。昨年ジュネーブでWHOのミーティングでは、エイズの患者さんがどんどんやせ細って亡くなっていくわけですが、その患者さんにドロナビノールという名前で現在アメリカなどで使われているんですが、非常に食欲が亢進されて、いい結果をもたらしているということで医薬品としての有用性も出つつあるために、その規制に関しては少し考えなければいけないのではないかと、現在議論を行っているところです。ただそれ以外の医療上の有用性というのには非常に低い薬物で、これはちゃんとコントロールしていかなければいけない薬物だと思います。

コカインです。これもある意味では覚醒効果が非常に強くて、アンフェタミンタイプと非常に類似した効果を示します。これも身体的な依存はなくて、精神依存のみになっています。これは耐性がないというふうに言われております。

最近非常にいろいろな種類のもものが出回っておりますのが、幻覚発現薬です。これも身体依存はありませんが、精神依存がかなり強い。これは耐性があります。LSD25とか、キノコ由来のメスカリンとか、それから昨年日本でも規制をかけましたがマジックマッシュルーム、

これもインターネットで売買がなされている。鑑賞用ということで売られ、わざわざ食べないでくださいと書いてあるわけです。それで食べますと、ここに書いてある幻覚発現成分であるシロシピンとか、こういうものがマジックマッシュルームに含まれているために、幻覚を発現する。そういうようなことが問題になっております。

カート。これは南米の植物ですが、日本には入っておりませんのでほとんど問題になっておりません。

オピオイドです。モルヒネとかコデインとかペチジン、フェンタニル、こういうような薬物。医療用麻薬として非常に重要な薬物であります。したがって、これに関しては本日の一番最後にその重要性をちょっとお話しさせていただきたいと思います。現在乱用はほとんど問題にはなっておりません。

最後に、有機溶媒。これは先ほど飯室さんもシンナーから覚醒剤に移ったということで、そういう意味で非常に問題があると考えております。

次に法的規制の方に入りますが、その前に日本における薬物乱用の歴史をちょっと振り返ってみたいと思います。戦争までは薬物乱用というのは日本ではほとんどなかったわけですが、戦後に覚醒剤、ヒロポンが流出しまして、この乱用が非常に大きな問題になりまして、その後法的規制あるいは行政のいろいろな活動により一時はおさまったわけです。その後ヘロインとかあるいは「睡眠薬遊び」というような形で、メタカロンという睡眠薬が随分乱用されました。それから、あとはこのレフェタミンというのは、スパの方が有名かと思いますが、これは肩凝りなどの鎮痛剤なんです。これは日本で開発された薬なんです、この乱用がかなりあったわけです。それで昭和40年代になりまして、シンナーの乱用がかなり大きく拡大していったわけです。

さらに覚醒剤の乱用が再びここで問題になった。このときに「覚醒剤やめますか、それとも人間やめますか」というようなキャンペーンを張っているいろいろやったわけです。このときに私もいろいろな動物実験をやって、そういう啓発活動の映画などもつくって、現在も何かいろいろなところで使われているようです。それから最近になりまして、三たび覚醒剤の乱用が非常に大きな問題になってきております。

さらに市販の鎮咳薬ですが、この乱用とか、あるいはトリアゾラムという睡眠薬の乱用、あるいは先ほどもお話ししましたように幻覚発現薬、マジックマッシュルームとかエクスタシーと言われますMDMA、こういうようなものの乱用が非常に拡大しておりまして、乱用が非常に多様化している時代に入っております。

では皆様方はこういう依存などというのは全く関係ないと、そういうふうにお思いの方が非常に多いと思います。先ほども言われましたように、こういう薬の乱用というのは隠すわけです。ですから実態がよくわかりません。これは国立精神神経センターの和田先生がまとめられた、統計をとられたものなのですが、では違法性の薬物、この乱用に誘われたことがある者、これを薬物使用に関する全国住民調査ということでやったわけです。そうしますと、2001年、一番最近のデータを見てみますと有機溶媒が最も多くて、大麻、覚醒剤の順で続きます。こういうような薬物に実際に誘われたことがある。その総数が535万です。かなりの人がこういう薬物に誘われたことがあるわけです。ではそれで実際に使った人はどれだけいるか。そうしますと半数以上です。トータルで見ても287万人の人が1回でも使っている。ですから、これは非常に拡大しているというふうに言えると思います。この辺の実態をもっともっと皆様方、あるいは一般市民の方々にご理解いただきたいと思います。

自分が弱いから依存なんだとか、そういうことではなくて、やはりそれはもう病気なんだということです。依存症という立派な病気なわけです。ですから、その辺の実態を病気としてやはりとらえて、治療とかそういうことをちゃんとやっていかなければいけないわけです。その辺の自覚、あるいはそこまで進行しているということがなかなか理解されていないのではないかと思います。

2) 法的規制

先ほどのWHOのタイプごとにここに並べてみました。日本での法的な規制をここに書いてみたわけですが、大体アンフェタミン、覚醒剤取締法で取り締まられているもの。それから、大麻取締法で取り締まられているもの。それ以外に関してはほとんど麻薬及び向精神薬取締法という法律で取り締まられているわけです。この麻薬及び向精神薬取締法で取り締まられている薬物は、大体医薬品としても使われているものを多く含んでおります。シンナーとか有機溶媒に関しましては毒物及び劇薬取締法。それから、アルコールは未成年が飲んではいけないという法的な規制があるわけですが、それだけなわけです。取り締まりに関しましてはこのような法律に従って取り締まられているということになります。

先ほどの麻薬及び向精神薬取締法で、麻薬よりは弱いけれども依存があるという薬物は向精神薬の方で取り締まられているわけです。それも依存性の強い方から1種、2種、3種というような形で規制がかかっております。先ほど来お話が出ておりますメチルフェデート、これはリタリンという商品名なのですが、うつ病、多動症、あるいは突然寝てしまうようなナルコレ

ブシーというようなものに使われるわけです。アメリカなどでは多動にかなり使われておりますし、昨日のNHKの番組でも、うつ病に今いい抗うつ薬がいっぱいあるわけですが、このリタリンをたくさん使ったために依存者がかなりふえていると、そういう報道が昨日なされたわけです。

あとは睡眠薬関係、あるいは第3種はほとんど抗不安薬とかそういう薬物が入っております。それから2種に鎮痛薬、ブプレノルフィンとかペンタゾシン、こういう薬物が入っているわけです。ただし、これは規制薬物ですからお医者さんの処方箋がないとこういうものは使えませんので一般には出回ることはないんですが、盗難とかあるいは医療者がこういうものを乱用するというケースが多々あるわけです。

あとは国際的に麻薬類をどういうふうにコントロールしているかということですが、これは1個1個お話ししてももうしょうがないと思いますので、単一麻薬条約という条約がありまして、日本も当然これに加盟しておりまして、この条約に従って日本の薬物もいろいろな規制がなされております(図12)。スケジュール からスケジュール までありますが、このような四つの段階で標準的な麻薬、あるいは準ずるもの、コデインとかジヒドロコデイン。これは一般的にも鎮咳去痰薬とか、市販、OTCと言いますが薬局で買える薬物にも入っております。これは準麻薬ですが、そちらになりますと薄めているわけです。それで規制除外麻薬ということで薬局などでも買える麻薬になっているわけです。それから、あとは厳重規制麻薬ということで、大麻とかヘロインとかこういうものを厳重規制しているということです。

さらに向精神薬に関する条約が1971年にできたわけですが、これもやはりスケジュール から までになっております(図13)。これはその薬物の危険性と有用性のバランスを考えてコントロールを行っているわけです。例えばスケジュール には、非常に重大な危険性をもたらして、有用性はもうほとんどないんだ。後で出てきますが、例えばエクスタシー、それからメスカリンとかマジックマッシュルームの成分であるサイロシンとかサイロシピン、あるいは大麻の成分であるTHC、こういうものがもうほとんど役に立たない、危険性だけなんですということで非常に強いコントロールをしている。それから、スケジュール には、かなりの危険性があるけれども有用性はほとんどないかあるいは中程度である。この中に覚醒剤も先ほどのリタリンと同じような位置づけです。今使う先生方はおられません、これも医療上ちゃんと使われていたわけです。そういうことで若干の有用性はある、そういうことでスケジュール でコントロールしているわけです。あとは 、 と続きますが、その有用性と危険性のバランスからコントロールなされているということです。

3) 覚醒剤依存

覚醒剤に関しましては先ほどどういう作用があったとか、そういうお話がもうありましたので私はちょっとはしりながら話をしていきたいと思います。一番問題になるのは麻薬とか覚醒剤を使っていて、その後に精神毒性、これがやはり出てくればもう一生涯それを引きずっていかねばいけないということがあるわけです。そういうことで精神毒性というのが非常に問題かと思えます。この覚醒剤にはそういう精神毒性がある(図14)。

疲労感の減退、気分の発揚、多幸感、食欲の抑制と、こういう作用を覚醒剤が発現する。臨床的には先ほど言ったようにうつ病とか多動症、ナルコレプシー、こういう病気に使われていたわけです。しかし、最近メチルフェニデートとかペモリンの依存性が覚醒剤に比べると若干弱い、そういうものが開発されてきており、現在は治療的にはこちらのメチルフェニデート、ペモリンが使われているわけです。しかし、メチルフェニデートなどの依存も問題になりつつあるということです。さらに、柳澤先生が先ほどお話しされておりました食欲抑制、これも医師の処方のもと、マジンドールという薬物が治療に使われているわけです。

では、何でこのような依存が起きるのかということで脳の図を出してきました(図15)。快感中枢と俗に言われておりますが、この快感中枢をドパミンという物質がつかさどっているわけです。側座核という部位からこういうふうに神経が出ております。覚醒剤とかモルヒネを投与しますとここが刺激されて、ドパミンがどんどん遊離されるようになるわけです。それが非常に気持ちいいという効果を発現するわけです。

ちょうど私がアメリカの薬物依存研究所という国立の研究所に留学しているときに、そこでやっている実験で、食欲も薬の乱用も同じような機構なんだ。動物を非常に満腹にさせると動物は薬を求めなくなる。反対に非常に空腹状態になっているとどんどん薬を求める。したがって、両方には非常に密な関連性がある。だから、こういう乱用を家庭的に抑えていくためには、例えば毎日夕食は家族で一緒にとると、それが乱用防止に一番重要だと言われる方もいるほどです。食生活とか家庭環境に関してそんなことも言われているわけです。

快感中枢が覚醒剤によって刺激されて、実際に先ほどの神経が到達している最後の部分でドパミンがどれだけ遊離されるかというのをはかってみますと(図16)、何も効果のない生理食塩液を投与した群ではドパミンは変わらないけれども、覚醒剤を投与するとこのような形でドパミンがどんどんふえてくるわけです。そうすると非常に気持ちいいというような感じになってしまうわけです。

では、そういう薬を求めるということを動物でどういうふうの評価するかということになるわけですが、レバーを押せば薬がもらえるという形でどれだけレバーを押して、薬をとろうとするのか。そういうことで依存性があるかないかということを検討しているわけです。

例えばそれも何回レバーを押したら、1回薬をあげますよというような形でどんどん比率を上げていきます。そうすると例えば1万2,800回とか、これぐらいのレバー押しをしないと薬物をやらない。すなわちもう1日労働して、それでやっと薬をあげる。先ほどお話にあったように、1カ月働いて1カ月の給料をもらう、それをすべて薬につき込んでしまう。これがまさに同じわけです。そういうような形で評価をする。

例えば、こういうアンフェタミンの場合には大体3,000から6,000回ぐらいのレバー押しやてこ押しをやって、それで薬を求めます。非常に強いわけです。カフェインの場合だと100回ぐらいとか、ニコチンは800から1,600回ぐらいレバーを押して、それで求める。モルヒネは先ほども言ったように身体依存が付きまします。こういうような身体依存がついた場合には1万2,800回とか2万5,000回とか、身体依存が形成されると薬を求めることも非常に強く求めるようになると評価できるわけです。

さらにもっと簡単な方法はないかということでこれは条件づけで精神依存、動物が薬を求めるだろうかということの評価する方法です。例えば覚醒剤を投与して、この黒い場所に入れます。下はつるつるになっています。そうすると、覚醒剤を投与されてラットになったつもりで考えると、先ほどの飯室さんのお話のように別世界のような非常にいい感覚を味わっているわけです。そのときの環境はこういうところだった。今度は翌日には生理食塩液を投与して、こちらの方に入れます。そのときには白で下がざらざらであると、そういうような条件づけを6日間にわたって行います。では次に今度は薬物を投与しないで、これを中央のギロチンドアをあげまして、どちらにでも行けるような形にします。そうすると、動物は依存性のある薬物で条件づけされた側を非常に好むようになるんです。これが先ほどのてこ押しと同じような結果を得ることができるということで、この方法が使われているわけです(図18)。

では覚醒剤をやってみた結果ですが、覚醒剤の用量を振っているわけです。そうすると用量がふえると精神依存を反映している滞在時間といいますか、その薬物側に行く時間が用量依存的に非常にふえてくる。用量依存的に精神依存が出てくる。それが遺伝的にかなり違うラットの系統によって違う。そういうことから、薬の精神依存効果に関して、遺伝的な因子もかかわっているということはこのデータでは示しております(図19)。

覚醒剤にはいろいろな効果があるわけですが、食欲の抑制ということが出てまいりました。

あるいは多幸感ということが出てきました。こういうものがある意味では好ましい効果なわけですが、実はこれ投与をどんどんやっていきますと、こちらの二つの効果に関しては耐性が形成されて、どんどん効果が弱くなっていく、すなわち量もふやしていかなければいけなくなってしまいうわけです。一方非常に怖い効果なんです、最初はないんですが、投与すると最初はこういう効果だけなんです、だんだん投与の回数がふえていきますと幻覚とか妄想とか、そういうものがどんどん強まっていきます。それが先ほど言われていました幻聴とか、そういうことになっていくわけです。これはもう一生消えないと、こういう状態は消えない。覚醒剤精神病ということで、覚醒剤を続けていくと精神毒性が出てしまうわけです（図21）。

先ほどのことと同じことなんです、覚醒剤をどんどん投与していくことによって、ここの塗っているところ、幻覚とか被害妄想というものが発現してくるようになります。一たんこういう状態になりますと、例えば薬をやめても少量の覚醒剤を再使用したり、あるいは疲労とか飲酒あるいは心理的なストレスが加わると、そういうことで再燃してくるわけです。薬をやめてもストレスがかかるとまた幻覚とか妄想が出てくるという形で、これがもうずっと続いてしまうということになるわけです（図22）。

4) 市販鎮咳薬の依存

ブロンという市販の鎮咳薬、現在もありますが処方薬は現在変わっております（図23）。この中にジヒドロコデインというモルヒネと同じような咳どめがあるわけです。それから、気管を拡張したりする作用があるメチルエフェドリンが入っております。それから、鼻水を抑えたりする抗ヒスタミン薬と言われるクロルフェニラミンが入っております。あとはカフェインが入っているわけです。これがしばらく前に非常に乱用された。それで、先ほどと同じ方法で精神依存的度合いを見てみたわけです。これは配合成分すべて入っております。ジヒドロコデインは、モルヒネと同じような麻薬ですから依存があることは確かです。メチルエフェドリンだけをやった場合にはほとんど依存が出てこない。用量的な問題もありますが、これ自身では明らかな精神依存を起ささない用量で併用をやっているわけです。この配合成分の比率は、配合成分の比率と一緒にしているわけです。それから、カフェインとやっても変わらない。ところが抗ヒスタミン薬、これとジヒドロコデインという咳どめ、これを併用すると同じぐらいの精神依存を引き起こす。抗ヒスタミン薬と麻薬の併用によって依存が非常に強まるということをおもが明らかにしました。快感中枢であるドーパミン受容体、これにジヒドロコデインがモルヒネと同じようにドーパミン神経を刺激して、快感物質のドーパミンをどんどん遊離します。そ

れから、ちょうどこれが蛇口だとすれば、クロルフェニラミン、抗ヒスタミン薬がタブのようなもので再取り込みを抑えてしまうわけです。そうするとドパミンがどんどんたまって、非常に強い効果を示すようになってくる。そういうことで、鎮咳薬と抗ヒスタミン薬を一緒に投与した場合に、非常に強い依存が出てくるということを明らかにしたわけです。

薬物相互作用なんですが、先ほどの快感物質ドパミンを遊離するものには例えばモルヒネのような麻薬、それから覚醒剤のようなものがある。一方、タブ、とめてドパミンをためると、そういう薬物としてはコカインとか、すべてではないが、抗ヒスタミン薬と言われる薬物がそういう効果がある。同じもの同士を併用した場合には依存はそんなに強くはならないんですが、ドパミンの遊離薬と再取り込み阻害薬、蛇口を開けてタブを締める、そうするとどんどんたまるわけですから、快感物質がたまって非常に依存が強くなる。例えばヘロインも同じです（図26）。ヘロインとコカインというのは最強の乱用物質と言われ、スピードボールと言われております。これがその組み合わせになりますし、日本で乱用されたジヒドロコデインとクロルフェニラミンという抗ヒスタミン薬、これもこのような併用で非常に増強が起きてくる。ですから抗ヒスタミン薬の扱いというのも注意が必要です。薬局で普通に買えますので、皆さま方もお使いになるときに余り安易に抗ヒスタミン薬を使ってはいけないと思います。

実はこういう問題が出まして、厚生労働省でも班会議を行って、私どももそういう検討をやったわけですが、現在のブロンには2種類このようにあります（図27）。Lとそれからエースです。実は、こちらの方はかなり改善されておまして、麻薬は入っておりません。抗ヒスタミン薬は入っております。もう一方のエースの方はこの処方がいまだに残っておりまして、私も関連のいろいろなところに聞いてみますと、やはりまだこのエースの乱用が結構あると、そういうことでさらに改善をしていく必要があるのではないかと考えております。

抗ヒスタミン薬というのはいっぱいありますが（図28）、すべての抗ヒスタミン薬がそういう効果があるのではないというふうにお話ししましたが、阻害作用を示す、こちらの薬物がドパミンのタブ、すなわちドパミンの量をふやす方です。その中のジフェンヒドラミン。薬局で抗ヒスタミン薬が睡眠薬として最近初めて発売になりまして、新聞などにも宣伝が出ておりますが、それがこのジフェンヒドラミンです。それ以外に日本で入るものはクロルフェニラミンとかホモクロルシクリジン、それからプロメタジン、この辺の薬物がドパミンをふやす作用がありますので注意が必要ではないかと思っております。反対にそういう作用がない薬物として、日本ではこのような薬物がありますので、使用する場合にはこちらの方が安全性は高いと思っております。

5) ベンゾジアゼピン系薬物の依存

ベンゾジアゼピン系の薬物は、先ほどのWHOの分類でもおわかりのようにアルコールと非常に類似した依存を形成するために、薬を長期間、大量にやった場合に依存が形成されるわけです。それで薬を切りますと非常に不安な状態になったり、抑うつ感があったり、感覚過敏とかあるいは振戦、発汗というような禁断症状が出てくるわけです。一般的に禁断症状といいますが、その薬物の持っている作用と逆の効果が多くの場合に出てきます。アルコールにしてもベンゾジアゼピンにしても、抗不安、抗痙攣作用があるわけですが、薬が切れると非常に不安感が募ってきて、痙攣発作を起こしたりと、退薬症候を示します(図30)。それから、我々の体から非常に早く消える薬物は精神依存が非常に強いです。体内に持続的にたまるものは身体依存が形成されやすいというような傾向になっております。消失が早いものは退薬症候も非常にさっと消えていき、強く出てくることがあるわけです。

ベンゾジアゼピン系抗不安薬の場合、依存が問題になっていることはそれほどないと思うんですが、むしろ例えばトリアゾラムという薬物、これもテレビ報道などでご存じかと思いますが、睡眠薬です。これとアルコールを一緒に飲む。すなわち同じタイプの薬物を一緒にしてしまうわけです。そうするとトリップといってもう別世界に入ってしまうような感覚になってしまうと、そういうような乱用が問題になっております。

それで常用量依存ということが時々話題になってきております(図31)。これは要するに治療で使っているにもかかわらず、弱い依存が形成されるということが報告されております。アメリカでの報告が非常に多いわけです。日本では余りそういう報告がないのは、アメリカよりも日本で使っているベンゾジアゼピンの量が比較的少ないからではないかと思えます。

依存と常用量依存の相違ということですが、常用量依存の場合には、薬物の薬理効果、薬理作用、どういう作用があるか。それは抗不安効果、あるいは緊張を除く作用、睡眠作用、こういうものを求めるわけです。ところが依存では、気分が明るくなる、よくしゃべる、酩酊感、気持ちよくなる、気持ちが大きくなる、こういうような効果を求めて薬を欲する。こういうのが依存なわけです。常用量依存というのはあくまでも治療上の効果を求めるわけです。それに対して依存はそうではない。それから、入手手段ですが、常用量依存ではコンプライアンスといいますが、規則正しく病院に通ってくれるようになるわけです。規則的に通院して、治療的かつ合法的手段であるわけです。ところが依存の場合には、医療的使用から逸脱しているのが特徴であるということで、あくまでも医療目的ではないわけです。このような違いがあるわけで

す。

これは国立精神神経センター国府台病院での調査結果ですが（図31）、常用量依存は服薬開始後大体2カ月から3カ月ぐらいで形成されると言われているわけです。したがって、漫然とした投薬は行わないように注意しなければいけないと言われているわけです。あとはこの依存状態は精神依存が主であって、身体依存は非常に軽度であるということも言われております。常用量依存を余り心配し過ぎても困ります（図33）。むしろ原疾患の症状が消失していて、安定した家庭生活、それから社会生活を送っている。常用量依存を余り問題視してベンゾジアゼピン系薬物の服用の中断を急ぐと、かえって症状を再燃させ悪化させ、患者の家庭生活や社会生活を危うくする可能性もあるということで、非常に難しいわけです。したがって、うまく社会生活、家庭生活が送れている場合には、余り急いで薬をとにかく切らなければということではなくて、やはり漸減していくとかそういうことを考えていかなければいけないと思います。いずれにせよ、漫然とこのような依存性薬物を使い続けるのはよくないと言えます。

6) 大麻依存

大麻、幻覚、それから有機溶媒です。大麻も日本ではシンナー等が続いて乱用されているわけです。マリファナと言われておりますが、これを吸引しても効果が環境によってかなり違ってきます。二面性を持っております。一、二本吸いますと気分は快活になって、陽気になって、おしゃべりになる。さらに時間と空間の感覚が変化して、触覚、視覚、嗅覚、味覚、聴覚は鋭敏になる。先ほどちょっとお話ししました非常に空腹感が強くなってくるといのがあります。甘い物を欲しがるとい特徴もあります。それから、先ほど覚醒剤のところでお話ししましたが、ずっと使い続けていくとストレスがかかってまた再燃してくるとか、フラッシュバック現象というふうに言うわけですが、この大麻もフラッシュバック現象を起こすわけです。そういう面で、「大麻は無害だからいい」とおっしゃる方もおられるんですが、私どもが薬理的に考えて判断すればこれはやはり絶対まずいと思います。日航機の羽田沖の墜落事故がありました。パイロットが大麻を吸引していて、そのフラッシュバックでした。非常にストレスがかかって、フラッシュバックで逆噴射して墜落したという話も聞いております。

大麻の精神作用は、おしゃべりになって、リラックスした気分とか、眠気を催すとか、こういうのがあられるわけです。それから、陽気で多幸感が出てくる（図35）。それから時間とか体のイメージ、距離感覚のゆがみ、視覚聴覚過敏。それから、突然おかしくなり、笑い出したり

とか、あるいは記憶や集中力の欠如、精神混乱、あとは注意力の欠如。それから運動系にも不安定感を起こして、手の震えなども出てくる。それから、複雑な仕事の遂行が困難になってくる。それから恐怖、不安、錯乱状態、時には妄想もあらわれると言われてています。

合成あるいは天然の幻覚剤（図36）。ピヨーテ、サボテンに含まれるメスカリンは代表的な幻覚発現薬として非常に有名なわけです。それから、先ほども言いましたようにマジックマッシュルーム、サイロシベ。これはサイロシンとかサイロシピンを含有しています。

最近、何錠押収したとか、そういうことが非常に話題になっている合成の物でアンフェタミン類でMDMA、エクスタシーと言われるものが非常に問題になっておりまして、新聞紙上でもかなり出てまいります。

幻覚剤の有害作用（図37）。当然、幻覚・幻聴による精神錯乱、あるいは人格の喪失、あるいは自殺をしたり、殺人を行ったりとか、あるいはこれもやはりフラッシュバックを引き起こすということが問題になるわけです。あるいは異常行動、方向感覚の欠如、こういうようなことが起きてくるんだということです。

他の合成幻覚剤（図38）。MDMA、これは穏やかな幻覚作用で、気分はコカインに類似しているということです。いろいろな別名があり、「エクスタシー」というのが最も有名かと思えます。

図39は麻取り、関東麻薬取締事務所で東京で買い取り調査を行った結果です。アダルトショップとかそういうところで買ってきて、その成分を調べてみたわけです。そうしますと、MDMAが入っているものです。それで、錠剤にサンキストあるいはクラウン、三菱とかこういうロゴが全部プリントされている。それでこれがさらに問題なのは、先ほど柳澤先生のインターネットの中でもあったのですが、実はこの中に覚醒剤が含まれているものもあるんです。それから、ケタミンが含まれているものもあります。WHOで今年の会議のときに規制をこれからかけるようにピュアレビューを昨年やりましたて、今度クリティカルレビューをかけるようになりますのでケタミンも規制の方に入っていきます。香港などではスネークヘッドといって、ケタミンをとってまさに蛇頭でこうふらふらしている者がいっぱい見かけられます。こういうような形でかなり広まっているということが言えると思います。

有機溶媒（図40）。興奮期があつて、それから酩酊感があつて、歩行障害とかあるいは言葉の不明瞭感、こういうものが起きてくるわけです。最初はそれほど快感を感じないけれども、反復吸引によって非常に好ましい効果が起きてきて、快感が強い依存につながっていくと言われております。いろいろな自覚症状が出てまいります。精神的な症状としては時間と空間

のゆがみ、色彩が豊かな幻視、あるいはグッドトリップ、こういうような状態が起きてくるわけです。

ここにも恐ろしさということで幾つか挙げておきました(図41)。先ほどのお話のとおり有機溶媒から覚醒剤へ移行するという率が非常に高いです。そういうことで、「シンナーぐらいなら」と、これが非常にまずいと思います。脳萎縮が起きてくるとか、てんかん発作や脳波異常、あるいは統合失調症と類似の精神症状を呈することもあるということで、有機溶媒だからといってこれは軽いとか、そういうことではなくて、これも依存という窓口としてはそこからどんどん拡大していく可能性が非常にあると思います。

7) がん疼痛治療とモルヒネ依存

今まで麻薬は怖いものだと、こういう話をしました。覚醒剤も怖い。でも一般では、麻薬も覚醒剤もごっちゃになっているんです。覚醒剤は覚醒剤ですし、麻薬は麻薬。これも分類が法的な麻薬と科学的な麻薬との定義と違います。しかし、少なくとも覚醒剤と麻薬というのは違います。そういうことでこれは各国のモルヒネの使用量をあらわしたものです(図42)。実は先進諸国の中で日本が最も低い状態になっております。幸い日本では乱用がアメリカなどに比べたらかなりうまくコントロールできています。依存あるいは麻薬、こういうものは怖いものだと、覚醒剤も怖いものだと、そういう教育が非常に行き届いております。したがって、反対に麻薬の必要性ということがどうも理解されていない。がんの痛みはモルヒネだけで大体七割から八割取り除くことができます。しかし、「依存がつくから怖いから使わない」と患者さんは言われるし、あるいは一部の医療者もモルヒネを使うとまずいと、そういうことで処方切らない先生もおられるわけです(図43)。これは現在主に使われておりますモルヒネ徐放剤です。これがこのような形で出ております。WHOで1986年にがん疼痛に対してモルヒネを積極的に使いましょうと、そういうレポートを出しました。1996年の報告では、特に4番を見ていただきますと、オピオイド鎮痛薬の医療目的の使用が精神的依存や薬の不正使用につながるとの不安があるためにモルヒネの使用を阻害していると、その因子、かなり大きなファクターになっているわけです。

ところが、今までの臨床経験からいきまして、鎮痛を目的としてオピオイド鎮痛薬の投与を受けているがん患者には、精神依存が発生しないことが明らかにされているということで、患者さんに今までもうそれこそかなり多くの臨床経験があるわけですが、その中で依存が問題になったことはほとんどないと、そういうことが言われているわけです(図44)。

私どもはこのようなまず痛みを起こしている動物を使って、それでモルヒネの依存性を検討してみたわけです（図45、46）。そうしますと、グリーンで示しているのが、これはある意味では乱用のケースです、痛みがないのにモルヒネを使っている。けれども、こちらの赤とか黄色で示しているのがこれは痛みがあるときです。痛みがあるときにモルヒネを使った場合に、ほとんど依存、精神依存が起きない。だから、乱用とこのような治療目的、除痛という目的で使った場合には依存の起き方が違うということを示しているわけです。

先ほどの快感物質であるドパミンのレベルを見てみますと（図47）、痛みのないときにモルヒネを投与するとこのようにドパミンがふえてきます。精神依存を起こすわけですが、痛みがある状態ドパミンをはかってみますと、このように明らかにドパミンの遊離が非常に抑制されているわけです。さらに我々の体の中にはダイノルフィンという物質がありまして、その物質が鎮痛にいろいろ関与しているんですが、ダイノルフィンの抗体を先ほどのドパミンが作用する遊離されるところに投与して見てみます（図48）。痛みがあるときにモルヒネを投与しても抑制されていたものが、このダイノルフィンを抗体でブロックしてやると、痛みがない普通の時のように、あるいは乱用と同じようにドパミンが遊離されてくるんです。ということは脳の中でこのダイノルフィンが関与して、痛みがあるときにはモルヒネの精神依存を抑えているのではないかと思います。

モルヒネが結合するのはミュー受容体で、ダイノルフィンはカッパー受容体に結合するわけです。普通の状態、非疼痛下では、ミューとカッパーのバランスがとれている。モルヒネを投与するとこちらのミューに傾いてしまう。これが依存とか耐性とかそういうものにつながるであろう。先ほどのダイノルフィンの抗体の実験からおわかりのように、どうも疼痛下ではカッパーの方が亢進しているわけです。それにモルヒネを投与することによって、バランスがとれるだけであって依存にはならないと、そういうことで説明ができるのではないかと考えているわけです。ここに先ほどの快感中枢といいますが、ドパミンの神経をこのようにあらわしております。ここにダイノルフィン神経系があって、ダイノルフィンが遊離されて、それでここでドパミン、快感物質の遊離を抑えている。だから痛みがあるときには依存が起きないと考えています（図53）。

今お話ししたような内容は、もう2年ほど前になりますが、朝日新聞の天声人語に紹介されました（図54）。麻薬には二面性がありますので、使ってはいけない場合、乱用してはいけない。けれども、このような病気のあるときには使う必要性があるし、生体側がそれを受け入れられるような形をつくっていると思います。医療者だけではなくて市民の方々にも、「やはり積

極的に麻薬の必要なときには使うべきであるし、使わなければいけない」とご理解いただきたい。

時間をオーバーしてしまいましてどうも申しわけございません。ご静聴ありがとうございました。

座長（只野） 鈴木先生、どうもありがとうございました。

前半では乱用によって、歴史それから依存性の分類、覚醒剤、鎮咳薬の依存性について、その依存性については快楽物質のドーパミンという物質が側座核という部位に遊離していくんだと、そういうことが原因で依存性が起こる。特に覚醒剤の依存性についてはドーパミンが関係するわけですが、なぜ覚醒剤によって再燃現象が起こるかといったメカニズムにつきましても、覚醒剤を乱用し続けるとドーパミン神経に変性が起きまして、覚醒剤を飲みますとその後やめましても生涯そういう再燃現象に悩まされるといったようなことは、一度神経に変性しますともう二度とその神経は再生できませんので、その結果受容体という快楽物質を受けとめる側の部分が非常に敏感になりまして、その敏感になった部分がストレスによってまだ生き残っているところからドーパミンが遊離するために過剰に反応する。そういったことがいわゆる再燃現象のいろいろな妄想とかあるいはフラッシュバックに見られるような社会的事件を引き起こす原因となっていくということをお話ししていただきました。

また中盤からはベンゾジアゼピン系の催眠薬、非常に以前はバルビツレートの催眠薬が使われたわけですが、現在はベンゾジアゼピン系の催眠薬、トリアゾラムという薬物ですが、催眠薬中80%、日本では使われているという使用頻度の高い薬で、そういう薬または抗不安薬が使われていて、病気、つまり不安神経症に使う場合には改善されるまで安心して服用して結構ですということです。皆さま方の記憶にあるかどうかわかりませんが、大事には至らなかったんですが、二、三年前に仙台のあるサラリーローンの会社にある暴力団員がガソリンを持って行って火をつけまして、けがをしたという事件が起こりました。そのときにその暴力団員がベンゾジアゼピン系の催眠薬を服用していた。そのベンゾジアゼピン系の催眠薬を服用していただけではなくて、どうもそのときにアルコールと一緒に飲んでいたのでないか。つまり、ベンゾジアゼピン系の薬はアルコールと一緒に服用しますと非常に効果が高まって、幻覚症状などを呈するというのもわかっているわけです。宮城県警の刑事の方が3人ほど見えまして、そういうふうな薬理的なバックグラウンドの報告がありますかと聞かれました。刑事事件に

なるかならないかと、そういう事件も発生しております。

それで最後の方になりまして、テトラヒドロカンナビノール、幻覚剤、それから有機溶媒の乱用によっての有害作用、最後にモルヒネの有用性。モルヒネというのは非常に有名な薬です。非常に古くから使われていて、先ほどオピオイドという名前が出てきましたが、これは脳内にはアヘン様の物質が出る。モルヒネというのはアヘン様の物質にかわって鎮痛効果を示し、がん性疼痛患者によって起こる痛みの度合いが強ければ強いほど、モルヒネによる依存性は起きにくい。このことはもう世界的にわかっていることなんですが、まだ一般の方にはやはり依存性の恐ろしさといったようなことだけが先行していて、やはり日本でのがん性疼痛に使うモルヒネの積極的な使用というのがまだ行われていないといったのが現状であります。

非常に多方面にわたって鈴木先生にはわかりやすく、講演いただいたんですが、後で総合討論がありますが、鈴木先生に特に質問ございますか。

質問者 鈴木先生、どうもありがとうございました。最後の方を時間がなくて少し飛ばされたと思うんですが、合成幻覚剤、アンフェタミン類のところで、覚醒剤が問題になっています。いろいろちまたの話を聞いていますと、どうもMDMA、エクスタシーと呼ばれている薬物がかなり関東地方を中心にかなり乱用されていると思うんですが、これの怖さといいますか、パンフレット（図38）には穏やかな幻覚作用などというふうに書いてあるものですから、何か余り怖いイメージがわいてこないんですが、一般市民の方にその辺の怖さというところをもう少し強調していただければと思うんですが。

鈴木 原則的にはきょうもお示ししましたが、25ページ（図37）に出ております幻覚剤の有害作用、これにほぼ準ずるといふふうにお考えいただければと思います。そういうことで、やはり幻覚発現が非常に大きな問題で、これに伴った事件とか事故とか、こういうものが報道されております。これはやはり十分コントロールが必要で、規制薬物にももう入っておりますので当局もかなり規制を強めております。先ほどお示ししましたように25ページの真ん中の段（図39）にあるようないろいろな形の錠剤が出ております。したがって、一般の方々も怪しい薬にはとにかく手を出さない。これが原則です。

座長 よろしいでしょうか。ほかにございますか。では先生、どうもありがとうございました。それではお三方の先生方のお話を伺いましたので、これから総合討論の方に移らせていただきたいと思います。休憩をちょっととらせていただいた後に、総合討論に移らせていただきたいと思います。10分ほど休憩をさせていただきますので、東北放送の方にバトンタッチいた

しまして、司会をお願いして、続けたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

(休憩)

会場からの質問を交えた総合討論

ごちそうをいただいた臨床医から

Q 1 . 薬物依存者が目の前にあらわれたときには？

Q 2 . 依存症の人から

Q 3 . 薬剤師からみて思うこと

Q 4 . 情報交換のネットワークは？

Q 5 . 覚醒剤や危険な薬物売買の実態

薬物依存者からのメッセージ（ 2 ）

Q 6 . ダルクの活動について

Q 7 . 「だめ、絶対運動」以外には？

薬物依存者の家族から

Q 8 . 薬物依存症を治す薬物は？あるいは治療法は？

Q 9 . 薬物依存の人という素地は？

Q 1 0 . マスコミの責任は

最後に

司会 それでは皆様大変お待たせいたしました。「インターネットで入手する薬物の危険性」、最後のコーナーでございます。総合討論ということでございまして、この席から新たにお加わりいただいた先生をご紹介させていただきます。東北会病院の石川 達先生です。（拍手）ほかの皆さんにはいろいろご報告をいただいたところでございますが、まず石川先生、治療の現場、医療の現場におかれまして、きょうのテーマでございます「インターネットで入手する薬物の危険性」、この件についてまず一言お伺いしたいところがあるんですが。

ごちそうをいただいた臨床医から

石川 まず本学会で薬物依存のこういった問題を取り上げていただいたことについて、薬物依存やアルコール依存の臨床をやってきた一精神科の医者として心から感謝申し上げたいと思います。

今日は何かたらふくおいしいごちそうをいただいた感じがします。実は今日 1 2 時からの打ち合わせの会合に、私来られなかったんです。といいますのは金曜日の午前中は私が新患係でございまして、新患、新しい患者さん 7 人ほど診てきたんです。そのうち 3 人が薬物依存なん

です。16歳の女の子と二十の男の子とそれから24歳の男性の薬物依存で、実は薬物依存と
いいましても覚醒剤はほとんどいらっしやらない、ほとんど来ないです。先ほど鈴木先生がお
っしゃったんですが、常用量依存というよりはむしろプレスクリプションとありますが、処方
薬依存の問題が非常に多いんです。きょう午前中来た患者さんというのは、実に精神安定剤を
19種類32錠、1カ所の先生からそれぐらいもらっているわけで、クリニックをかけ持ちし
て、あちこちからマイナートランクライザーというものを集めて、それを飲んでいるというこ
とで、離脱痙攣、鈴木先生のお話だといわゆるベンゾジアゼピン系の退薬症候群、離脱てんか
んを起こしてきたんです。これが1例でした。それから、もう1人は16歳の女性で、PL
(風邪薬)と痛みどめ(ポンタール)の服用をしているんです。

私自身、アルコール依存の治療からこのアディクション業界、依存の臨床に入っていったん
ですが、この依存に近い言葉で「中毒」という言葉とそれから「嗜癖」、精神医学では英語で
訳しますとアディクションという言葉がありますので、この辺からきちんと整理しておかない
とまずいのではないかと思いますので、ちょっと言葉、用語の整理をさせていただきたいと思
います。依存というといわゆる1)人と2)そういうドラッグと3)環境、その三つのファク
ターから考えなければいけないと思うわけです。もっぱら実はきょう先生方からお話を伺っ
ていた部分というのはむしろドラッグの部分です。どちらかという毒を求める、あるいは毒を
あおる心理みたいな部分が私の精神科の医者としてのフィールドになっていくわけです。では
なぜ人は毒をあおるのかと、毒とわかっていて求めてしまうのかというようなのが私自身のラ
イフワークになっているわけなんです。

そういった意味で一言言わせていただければ、セイフティーネットという言葉もあるん
ですが、やはり功罪というか、確かに薬というのは非常にいいものです。使い心地も切れ方も
大変いいんだけど、一方では必ずそういったどこかで犠牲者もふやしているんだという事
実は見ておかなければいけない。

実は米国のベティホールでの研修を終えた私の後輩のお医者さんの報告をきのう受けたん
です。米国はかなりやはりアルコールやドラッグに関するリハビリに関しては物すごい施設や対
策費としてお金を使っているわけです。ところが、つくづく思うんですが、この国ではほとん
どなされていないですね。大変申しわけないんですが、一部には下総も含めて、確かにありま
すが、きちんと国立で薬物依存の治療を先進的にやっている施設というのは私はない感じがし
ます。というわけで、まずやはりその辺の施設、医療施設をまずきちんとつくっていただけ
ないものだろうか。受け皿をきちんと用意しておかないとやはりいけないのではないかと思う

し、そういったモデルの施設をまず国でつくっていただいて、それで徐々に広めていくと、これアルコール医療ではもう既にモデルができあがっているわけなんですけど、それと同じような意味において、やはり日本でももっと薬物依存の治療ということをまず充実させていただけないだろうかというのが、実はきょう私が皆様に訴えたい大きな主張でございます。

司会 ありがとうございます。このコーナーから新たにお加わりいただきます石川先生から、まずは報告という形でお話を伺ったところでございます。改めてご紹介いたします。鈴木先生でございます。先ほどご報告いただきました星薬科大学の先生でございます。そして、ダルクの所長でいらっしゃいます飯室さんです。そして、進行役として柳澤先生と私TBSの鈴木俊光でございます。どうぞよろしく願いをいたします。

柳澤先生、まず今石川先生から処方薬依存というふうなお話が出ましたし、それから医療施設の必要性、これは先ほど飯室さんがお話になったこととかなり一致する部分があるんですが、このあたりのお話はどうか。

柳澤 薬理学者はつい新薬の開発の方にばかり目が行っていて、そして精神的に影響のある薬物はある確率で依存性がどうしても出てくる。これは、何か言い訳みたいですが、実はしようがないところがあるのではないかと、そんな感じで今まで見てきていたんです。ただ、しようがないとはいいいながらも、個々の人間で、実際にそれにはまってしまった人に関して、セーフティーネットがいかに貧弱であるということに関して、私なりに思い知らされることがありましたし、まさしく石川先生やそれから飯室さんも含めて大変切実な発表だったなと思って、重く受けとめています。正直言えば私たちがすぐどうこうというわけではないと思いますが、せっかくここには薬理学会の結構偉い方もいますし、それから広報委員としていい形で積極的に影の部分はいかに表に出して訴え、フォローするのかが問われています。もっときめ細かい対処・施設が必要ではないかと。あるいはそういう意識を持つ医師をまず育てたいというふうに心から思うようになりました。できるところとしてはまず医師及び薬剤師の教育にタッチしているというところで、薬物のそういう影の部分はしようがないのではなくて、やはりそれをもケアする一段と高いレベルを、もっともっときめ細かな教育とそれから事あるごとにそれぞれの分野に対して問題点やそれに対する対処を働きかけなければ、というようなことをきょうは聞かせていただいて思った次第です。

司会 この場合はパネルディスカッションでございませぬので、皆さん方との対話のコーナーでございますので、ご質問などもいただきたいと思いますが、きょうの一連のお話をお聞

きになって、何かご質問ございましたら何なりとおっしゃっていただきます。

Q 1 . 薬物依存者が目の前にあらわれたときには？

質問者 先生方、ためになるスピーチありがとうございました。特に飯室さんのスピーチについては、私の身近に薬物依存の方がいるので強く心に共感したものがありません。どうもありがとうございます。

質問の方に移らせていただきますが、私今薬剤師を目指している薬剤師の卵でございます。薬剤師になって、薬物依存の患者と対話するとか、患者を扱うという場面に遭遇することが多々あると思うのですが、そういう患者に対してどういう態度で接すれば患者にとって負担の少ないというか、患者の負担を軽減させる対話、患者といいコミュニケーションとれるのか、またもし薬物依存患者に対応し切れない、そういう患者があらわれた場合は一体どのような対策をとればよろしいでしょうか。お話を伺いたいと思います。

司会 薬物依存である人が目の前にあらわれたときにはどう対応したらいいのか。いわゆる薬剤師、医療を施す側としてどう対応したらいいのかということですが、これはまず石川先生が一番今近いところにいらっしゃるかなと思うんですが。

石川 具体的に私答えるすべはないんですが、幾つか具体的な例を挙げますのでその中からどうぞ選択してください。といいますのは、私自身今言いましたようにアルコールと薬物だけではなくて、先ほどアディクションというコンセプトはちょっと説明したりなかったんです。依存を今度は人間側から見た考え方をアディクションというふうに言うんです。「もう懲り懲りだ、また飲むぞ」、これがアルコール依存症なんです。それと同じように「もう懲り懲りだ、またパチンコやるぞ」、これをギャンブル依存とかDSM4の正式な病名だと「病的とばく」などという診断をつけます。「もう懲り懲りだと言いつつまた食うぞ」、これがいわゆるブリア、過食症と言います。だから要するに自分ではもう懲り懲りだと言いつつ、何かにはまる心理を人間側から見てアディクションなどというふうに言うわけです。

私自身のフィールドというのは、そういったギャンブル依存、アルコール依存、それからブリア、摂食障害の女性とかさまざまのそういう衝動をコントロールできない人たちの相手をするのが私の今のフィールドになっているわけなんです。その中でブリア、過食症の女性だとどうしても下剤（便秘薬）を多量に彼女らは買い求めます。それこそ1日100錠とか200錠ぐらい買いに行くわけです。そうすると、例えばA薬局だとちゃんと売ってくれます。何回行っても。ところがB薬局だと、「あなたちょっと変だよ」と、「こんなに飲んだら病気に

なるから、私は絶対売れません。なぜならばこの薬はかくかくしかじかの副作用があるから、脱水を起こしてどうのこうの」というようなことを言って、それで売りません。私としてはやはりきちんと薬効を説明して、あなたは何回も多量に、前回こんなに売ったのにきょうもまた来たというようなことをきちんと説明したら、その人には売らないということもとても大事なことだと思うんです。ブロンのときもそうでした。ブロンのときも実は薬局のテリトリーが決まっています、鎮咳剤としてあちこちで、よく通う薬局を回るわけなんです、そういう薬局で薬剤師の方々の対応がそれぞれ違うんです。説明し注意するところから、割合簡単に売ってくれるところ、また来たんですねとむしろなじみの客をもてなすふうにしてまで売ってくれる薬剤師までさまざまです。私が言いたいことは以上ですので、どうぞ選択してください。

司会 かわって鈴木先生からもお話をいただきたいんですが、薬物依存者と相対する医療側として。

鈴木 私は臨床の現場にはほとんど立っておりませんので、なかなか適切なお答えはできないと思います。我々薬をコントロールする側、そういうことから考えますと、石川先生が言われたようにやはりOTCの薬局の場合にはとにかく患者さんに対してよくチェックをして、そういう乱用のあるような薬物に関してはちゃんと薬剤師さんがコントロールしていくというのが非常に重要かと思えます。

きょうは一般の方もおられますし、医療に従事されている方もおられますが、あとは病院内、やはり医療者の乱用というのも非常に多いものですから、そういう面で薬局でのコントロールドラッグのちゃんとした監視、そういうものも薬剤師としてはしっかりやっていたらいいし、まして薬剤師自身がそういうものにおぼれることのないように十分注意していただきたいと思えます。

司会 というように医療の側からお二方にお話を伺いましたが、こういう場ですから逆の面からも私あえて伺ってみようと思えます。飯室さんには元薬物依存者という、私が「元」という言葉をつけたいんですが、まずこの件についてどうですか。つけていいですか、それともまだつけてはいけないんですか。

飯室 私当事者なので、ただ専門家の方には言われると一生治らないというので、今も依存者だということなんでしょうね。一生回復途上だというふうに言われますし、死んだときは治ったときというふうに言われますので。

Q2 . 依存症の人から

司会 でも私は今ここまで頑張っているということは、元をつけてもいいのではないかと思うんですが、ではわかりました。その件は置いておきまして、昔を思い出していただきたいんですが、そのように薬物を求めていく際に、テクニックとかコツとかやはり手練手管を使うわけなんですか。

飯室 それが逆の立場になった人たちに一番ご理解してほしいところなんですが、依存者はどういう行動をとるかということを理解することが依存症の人たちとかかわっていく一番重要なことです。例えばうそをつくとか。つまり薬物が第一の目的になっているので、自尊心だとかそういったものは先延ばしというか、なくしてかかわっていきます。まずうそはつきますよね。うそついて、何としても必要なんだという形で訴えます。うそは必ずつきまとうものだと思います。うちにいるメンバーなどで、例えば薬剤師さんからもらうときは土下座しても、どんなことをしても。時には借金、薬剤師さんのもとへ行って、つけで買ってきますからね。それぐらいやはりもう必死になって、薬物を手に入れるためにはどんな方法でも使う。プライドだとかそういったものよりも、薬物を手に入れることが先というのが依存症の人たちを見てみると多いような気がします。

司会 そうすると石川先生、そこで患者、いわゆる薬を求める人と薬を出す側との一つの対決があるわけですね。そこで、負けるか負けないかということでしょうか。

石川 精神分析的にはそういうドラッグというのはおっぱいなんですよ。うん、基本的におっぱいなんです。だから、おっぱいを欲しがる赤ん坊ともうあなたは断乳しますわよというお母さんの駆け引きみたいな、少しメタファーで、例えることができるかな。ですから、ある意味では非常に母性の強い薬剤師の方だと簡単に出してしまうかもしれない、かわいそうだからといって出してしまうかもしれない。そうすると子どもの方はもっともっとちょうだいになってしまう。決して欲求充足はしなくて、もっともっとさらに欲しくなってしまう。駆け引きのプロセスがまさに依存なんだと思います。

司会 非常に難しい。

石川 ドラッグ得ること自体がもちろん最初の目標なんだけれども、けれどもむしろだんだんと、薬を得ること自体ではなくて、そういう駆け引き自体が目的化していく。駆け引き自体がもう人間関係なものですから、そういう寂しさをまぎらす。少なくとも関心を引くことによって孤独でいなくて済むわけですね。駆け引きしている間は。それはギャンブル依存なども全く一緒なんです。パチンコなど最初はパチンコに勝とうと思って、勝つという結果を求めてやるんだけど、そのうちにはもう意味がなくなってしまって、パチンコをやっていること自体

が意味を持ち始める。決して満足しない。それはあらゆる、先ほど言ったアディクションに特徴的な、食べ物もそうです。済みません、広がってしまいました。

司会 非常に難しいところがありますが、プロはプロなりの感覚意識でもってやはり相対さなければいけないということだろうと思いますが、ほかにご質問ありますか。

Q3 . 薬剤師からみて思うこと

質問者 どうもいろいろありがとうございました。薬剤師の戸田と申します。私は20年以上OTCの販売にかかわっておりましたし、現在も調剤をやっております。先ほどから飯室さんのネットワークというお話、それから石川先生の受け皿というお話。OTCの販売の現場でもやはり先ほどの便秘薬、風邪薬、咳どめ、胃腸薬、そういうものの依存というふうなものを感じるものはたくさんあります。薬剤師の方も商売という観点から言いましたら、プロンを30本1箱をあそこは売っているらしいとかそういうお話もあるんです。でも、戦っている薬剤師もいるんです。例えば目の前に明らかにそれとわかる人が来て、だめですと、プロンは1本以上売れませんかと言っても、その方は先ほどおっしゃった土下座しても買いたい、そうするとどこかまた行きますね。買い回る。その繰り返しなわけなので、そこであなた、これはだめですよと言ったときに、ではその次ですが、どこかで何かのケアを受けてくださいと言えることがあればいいんですが、そこが言えないでずっとそういう状態にある。社会的なそういうセーフティネット、やはりその辺があれば薬剤師としてももっと強くそういうことを言ったりできます。それから、私は周りの人には断るけれども、身の危険を感ずることがあるんですね。何だとすごまれたりする。そういうときはもうしょうがないから売ってもいいとやったりしていたこともあります。

それから、もう一つ処方薬のなんですが、これもやはりすごい期間たくさんの薬物をただただ続けているという患者さんも見受けます。そういったときは、お医者さんの方がどうふうになっているのかというのがちょっとありますし、薬剤師の方がそのところのコミュニケーションもうまくとれない現状もあって、言い訳ばかりのようなんです。ただいろいろお話を伺って、これからではどうするかというあたりをちょっと何か糸口でも見えればというふうに思ったものですから、ちょっと何かお願いします。

司会 処方箋を書く立場で、石川先生、薬剤師さんへ。

石川 本当に大変鋭い指摘だと思います。では今から何ができるかという話なんです。私が提案したいのは、ですから今日のこの会はとても大きな一つの出発点になるんじゃないかと。

方針は決まらなくともそういった心ある薬剤師の方と、現場でやっている私のような医者と、回復者、回復しつつある人でもいいんでしょうが、それから薬理の先生方と今後、定期的集まってお互いにぐちを言う。どういうふうに言うかというふうな、そういう人間関係をまずつくることから始めるのが大事なのではないかと思いますが。どうしたらいいものだろうか。そういった形で徐々に始まっていくのではないかという感じがします。大変これ言いにくいんですが、上意下達式に上のお上が何とか委員会をつくって、対策しましょうといっても何かこれは現実離れしていてぴんと来ないんですね。大変言いにくいんですが。それよりはむしろ質問していただいたあなたのように関心を持っている方がまず集まりませんか、それで具体的にそれについてのふだんこう持っている感情的なもやもやみたいなものを整理していきませんかというようなことから、何か始めるのがとても現実的には私には感じがするんです。何かそれでもって解決はすぐにはしないかもしれないけれども、そういった輪を少しずつ広げていくのがとても僕は意味があることだと思うし、現実には私自身がアルコール依存で、アルコールの医療でそういうことをやってきた経験からいうと、何か急がば回れでそういった方法の方がはるかに何か効率的な感じがします。時間はかかりますが。以上です。

司会 薬を研究そして開発されている鈴木先生の立場から、先ほどの薬剤師さんへのアドバイスがあれば。

鈴木 ネットワークが本当に重要だと思います。それで、こういうような形でいろいろなお話ができれば、あるいはきょうお出でいただいている方々にもこれからは連絡がとれると思うんです。そういう意味で非常にネットワークが必要というふうに思います。また、今月も国立精神神経センターの方で臨床医の薬物依存の研修会があるんですが、毎年100名まではいないんですが、全国から、ここでも宮城県の精神福祉センターというようなところ、あるいは精神科のお医者さんとか、看護師さんとかそういう薬物依存に興味があって、今後取り組んでいきたいという比較的若手の先生が集まって、講習会を四日か五日ぐらいやっています。そうやって一生懸命和田先生などが中心になって、私も講師を務めておりますが、そういう若手の人たちが全国で育ちつつありますので、仙台地区にも石川先生初めたくさんそういう先生方がおられると思います。それでぜひそういうネットワークを構築していただきたいと思います。

Q 4 . 情報交換のネットワークは？

司会 私の方から今ご質問された薬剤師さんにお伺いしたいんですが、例えば薬剤師さん同士

の横の連絡とか薬局同士の連絡とか、これは守秘義務もあるんですが、そういう情報交換なんていう場面はないんですか。学会ほどではないですが、同業、ある種の同業者の集まりのようなどころでの情報交換。秘密も厳守しなければいけないという部分もあって大変難しいと思いますが、最近こういった方が多いとか、気をつけた方がいいとかそういうふうなものは業界内でないんでしょうか。

質問者 何というんでしょうか、規模が大きいとかそういうのではなくて、私たちの内部の自分たちの問題としていろいろなケースを話題にしてとか、あるいは広報誌などで問いかけたり、答えをもらったりする、そういうことはやっておりますが、余り社会的に働きかけるとか、そういうところまではなかなかまだ行ってないし、実際の薬局単位というふうになりますと、やはりあっちのお店で30本売っているよというような情報はあっても、例えばそちらに対してやめたらどうですかとか、そんなふうなことにはなかなかないということがございます。

司会 なるほど。昔は地元の薬局がありましたが、今はもう東京、中央からどんどんフランチャイズ形式のような形で来ていますから、それをまとめるのは確かに大変な時代に入っているかという気は確かにいたしますね。ほかに何かご質問ございましたらお願いいたします。

Q 5 . 覚醒剤や危険な薬物売買の実態

質問者 きょうのテーマはインターネットで入手する薬物の危険性ということになるわけなんですけど、覚醒剤、それからエクスタシーのようなああいう快感を生ずるような物質とか、いろいろなそういうような物質が売られている。それから、やせ薬も手に入る。かなり危険なものも手に入るというような状況があると思うんですが、その中で覚醒剤関係は最も危険なものというふうに位置づけられると思うんですが、その辺の販売の実態、どんなふうなルートでどの位売られているものなんだということを、多分宮城県の方がきょうお見えだと思うんですが、その辺の実態、その辺のところをどの辺までつかまれているのかということをお教えいただけます。

司会 この席に市あるいは県の薬務関係の担当の方、もしいらっしゃれば、それでそのデータをおつかみであれば恐れ入りますが、ご報告いただければと。お願いいたします。

中澤 宮城県庁薬務課の中澤と申します。販売の実態というところはやみで販売されるとかそういうことなので正直言ってわかりません。ただ押収量ということで、データの言え、昨

年度、平成14年度の覚醒剤の押収量は96.6グラムという実態です。宮城県内です。

司会 宮城県内で1年間で。

中澤 全国的に見ますと437.0キログラムということで、これ多いと見るか少ないと見るかという問題はあるんですが、実態としてはそういう実態になっております。

司会 このほかに柳澤先生、いわゆるインターネットで先ほどご紹介いただいたようにいろいろな薬があるわけですが、それを含めるとこれはもう膨大な数字になってくるわけですね。

柳澤 恐らく量ということで、残念ながら正直言ってつかまえていないです。ただ常に事件になって、そして警察でこうだったというのが続々と出てきているということからすると、本当は氷山の一角で、きょう死亡事件まで出たというところを出しましたが、死亡事故の結果になるというのはその裏に掛ける5倍とか掛ける10倍という形で、すごく長く入院するとか、不可逆的と、そういうふうに事故あるいは事件というものの裏に何倍というファクターがかかってくるというふうに理解しています。押収量ということで表に出ているなんていうものではなくて、恐らく数十トンという形で動いている。けんかを売るつもりはなかったんですが、最初のスライドのところ、中国と北朝鮮から51%と35%の密輸という形で国が推定しているという現状ですので、それがインターネットでどの量というふうには覚醒剤ではまだだれもがわからないのではないかと思います。ただ、携帯電話を利用した形態に関して、たしか石川先生から聞いたらとんでもない何か仕かけで流通するのをやみの方々を持っているということで、ちょっと紹介していただけたらと思いますが。

石川 これは飯室さんが一番ご存じだろうけれども、今は携帯電話が売買されるんですね。要するに携帯電話に依存者の顧客情報が全部入ってしまっていて、そしてそれをもう売るといふ。携帯電話1単位につきうん百万というふうなことで、それでさばかれているというような現状みたいなんです。ですから、

司会 石川先生、ちょっと待ってください。携帯電話の中に全部住所、名前が入っている携帯電話を。

石川 電話番号だけが、顧客の名簿が入っているわけです。

司会 その電話を売るんですか。

石川 売るわけです。だから、決して表で堂々と薬をやり取りする必要は全然ないわけですよ。もう電話一本でぱっとう、見えないところで薬の売買をすることが非常に簡単になってきています。

飯室 それは昔からの話です。インターネットの危険性ですが、インターネットというのは携

携帯電話と同じで方法論の問題なんです。それがインターネットで薬を使うわけではなくて、そのインターネットの方法を使って薬を手に入れるのですが、この方法はだれでも気軽に手に入るから危険だと一般的に言われるんですが、だれにでも気軽に見えるということは売る側はリスクが高いということなんですよ。だれが見るかわからないわけですね。一番売る側からすると安全なのは、本人同士で取引することなんです。何十グラム持っていれば懲役10年とかいってしまうわけですね。売る側からすればそのリスクを考えないでやる人は薬物を扱えないですよ。とても危なくて、そういうやつには薬は預けませんよね。

現実問題として考えるのは、このインターネットで薬の取引はある時期のことであって、この方法は時代によって変わっていくだろうと思います。だからインターネットで、先ほど柳澤先生が報告してくださったことも含めると、多少一般的になってきたのかというふうに思うんですが、ただインターネットで身近にあるから危険というよりも、何で薬を使ってしまうのかというところに着眼点を置かないと、薬というのは減っていかないだろうと思うんです。

薬物依存者からのメッセージ（2）

ちょっと我がままな生意気な言い方をさせてもらえれば、使っていない人たちのメッセージにしか聞こえないんですよ。では、使ってしまった人たちはどうすればいいのという話で、それを今までは司法的なものとかで裁いてはきたんですが、それにも限界があって、刑務所をつくっていくとか、そういった方向になっていくわけですよ。では、WHOと先ほど鈴木先生の方からお話ありましたが、WHOではもう完全に病気として認めている薬物依存症というものが、今どうでしょうか、「薬物依存症は病気です」と社会的、ここにいらっしゃる方たちにも認識があるのでしょうか。依存という言葉は使うが、現実問題、意志とか根性とか親の育て方が悪かったと、やはり最終的には本人が悪いんだという話で終わるような気がするんですよ。

それでやってきたのが戦後50年で、今、乱用期になっているわけなので、その方向性を少し切りかえておく、切りかえていく、それが受け皿をつくることであったり、先ほど言われたようにネットワークをつくっていくことなのかというふうに思うんですが。皆さんの方に、逆にどうでしょうかね、といたい。いろいろな運動もやってきたりするんですよ。「だめ、絶対」、薬務課なんか一生懸命やっていますし、ただ意志を強く持たせる方法として、「だめ、絶対、乱用防止運動」の例えばティッシュペーパー、バンドエイドもらうんですよ。あれで意志強く持てるんですかね。子どもたちがですよ。あれで、街で、よし、これで意志を強く

持とうと思うのであれば配った方がいいんですよ。では、あのお金ってどのくらいなんですか。国連に4億円くらい行っているんですよ。それであのお金どこに使われていると云ったら日本では全く使われていないんです。あのちり紙つくるのと、バンドエイドつくるためにお金集めて、それ以外は国連に行っているんですよ。だから、実際には国内の予防策には何らそこにはお金が流れていないという事実があるんです。皆さんがせっかく、乱用防止指導員の方たちも一生懸命休みを返上して、駅前に立って、募金活動やるんですが、あのお金はよその国に行っているんですよ。そういうことですよ。国の中で予防とか、先ほど石川先生が言われた国立の病院をつくるためには使われていないんですよ。だから、ちり紙をつくることも大事かもしれませんがもっとそういう、狂っている人とか困っている人たちのために使われるような方向に持っていくためにも、まず現場の人たちの話し合いですか、そういうものがやはり一番重要なのかなと。

この間、国会で青少年特別委員会というのがあったんです。覚醒剤乱用防止センターの会長さんと理事長さんと精神医学の斉藤サトルという先生とうちのダルクの近藤恒夫という人たちが青少年の薬物に対する議論を交わしたんだそうです。お互いに知識も持っているし、技術も持っているし、これからネットワークづくりやっていったらどうだという議論が出たそうです。一応斉藤先生というのはやはり薬物依存とか、依存、アディクションに対しては権威のある方で、近藤も現場ではやってきた。それで覚醒剤乱用防止センターの理事長も一生懸命やってきたんですが、その理事長は国会の場で、「薬物を使ったやつは人種が違う」と言ったんだそうです。だからその人たちから見れば我々は人種が違うわけですよ。だからやはりそういうレベルだということもきちっと認識、僕らがそれで傷つくとか、もう1回死んでいますからそういうレベルではないんです。それはそれとして、ただトップがそういうレベルであるということは皆さんにお伝えしておきたいし、もっともっと現場の中で考えて行動・発言してほしい。「人種が違う」といような人たちにお任せするにしても大変なので、我々の現場の中で、ネットワークづくり、そして強いてはそういった力が多分受け皿をつくっていくのではないのでしょうか。今残念ながら薬物は民間のダルクしかないんです。薬中が薬中のケアをしているんですよ。それで私みたいな依存者がこの場に立っているというのは、先進国と言われる国ではとても乏しいと思います。私が専門家と言われるところでここに座っているというのは。だからやはり地域の中でネットワークづくりをして、現場の話し合いというのは切にしていきたいというのは私の実感です。具体的にきょう日付決めても結構です。

司会 県の薬務課を責めているわけではないんですが、違うんですが、もし情報としてあるい

はご自身の中のお考えとしてでも結構なんです、先ほど来石川先生からありました。それから飯室さんからありました。いわゆる施設、薬物依存者を収容し、更生させる、矯正する、その施設といったような話は、現状では全くないのか。それともぼわっとした中で、そういった話も浮かんでいるのかどうか。ちょっとその辺だけお答えして、このテーマは次に移りたいと思うんですが、お願いいたします。ないならないで結構です。

中澤 大変参考になるお話で、実は逆に行政に対してはどういったことを求めているのかということ質問しようと思っていたんですが、先に質問されたので大変ありがたく思っています。それで、そういった受け皿としてどういったものがあるかということなんですが、例えば窓口的な受け皿として精神保健福祉センター、先ほど飯室さんの方からもお話ありましたが、そういった機関がございまして、積極的にそちらの方に秘密を厳守するからということで相談してくださいと、そういったことを行っております。ただ、悲しいかな、敷居が高いということで相談件数が少ない、そういう現状でございます。それで、県としてもいろいろ多方面の機関と話し合いをしながらどういうふうに活用していただくのか、PRしていくのか、これから考えていきたいと思っております。

司会 ありがとうございます。この討論は最初はインターネットでどのくらいの量の薬物が輸入されているか、実態わかれば教えていただきたいという話から始まったんですが、結局インターネットで取引されている量はこれはわからないと、かなり莫大なものであろうと、何十トンというような量になるであろうという話から始まったお話でございました。ありがとうございます。ほかにご質問があれば。

Q6 . ダルクの活動について

質問者 飯室さんにお伺いしたいんですが。実体験の方はよくわかったんですが、実際ダルクでそういうふうな乱用者に対するいろいろなケアとか、そして石川先生たちの精神科との横の連絡、治療形態といいますか、そういったことを簡単にお話ししていただけたら。

飯室 とてもありがたい質問で、ダルクというのは、断酒会とかAAとかと言われている自助グループがありますが、それと同じ作業のミーティングという作業をします。そのミーティングで何が必要かという、実は使って反省をしたとか、社会に迷惑をかけたということももちろんあるんですが、専門家の石川先生などにお話聞いていただければわかりますが、実は薬物を使った自分の使う前の過去とか、つまり言葉を簡単に言えば自分と向き合う作業をする。そのために何が必要かというミーティングが必要だということで、薬物を使っている人だけ

で、きょう、この場所と同じように秘密を守ることが原則でミーティングという作業をします。

一般では自分の家族とか会社の人とかという薬を使っていない人たちの姿しかないわけです。ミーティングをするとどういふ効果が得られるかという、実は薬を使っているときというのは、自分のことがやはりさっぱりわかっていなかったり、見えてなくて、狂っている人たちから周りがだんだん離れていくので、自分が薬物依存者だという自覚もなかなか持ちにくかったり、もちろん薬物依存者というのは薬物を否認していますから、最終的にはずっとそうやって狂っていくわけです。反面教師という言葉がありますが、つまり自分と向き合うための作業として、薬物を使ってきた人たちの話を聞くということで初めて自分がやってきたこととか自分の姿みたいなものをやはり知ることができる。それによって「今日1日薬を使わないで生きていこう」とか、そういった希望にもなる。

ダルクの目的というのは、社会に出て仕事するということは結果なんですね。ダルクの目的というのは、一番大切なのは薬をとめ続けていること、先行く仲間と言われますが、その姿。つまりモデルを提供することによって、絶望的で生きることも死ぬこともできなくなっていた人たちに、回復のモデルを提供するというものです。私も薬を使っている人たちを見てきて、その人たちの背中を見て薬をとめ続けてきているので、それを非営利的に逆ピラミッド的に無償で苦しんできた人たちにプログラムを提供していくというのがダルクなんです。その中に地域に対して例えばボランティアをしたり、あとは体を動かす。14歳とか15歳ぐらいから薬を使い続けた人たちというのは、しらふで遊んだことがなかったり、そういったこともかなりありますので、例えばしらふで温泉に行くとか、カラオケに行くとか、運動をするとか、そういったこともプログラムとして提供しています。ただ基本的にダルクの唯一の規則かつ目的は、ミーティングという作業に参加することが唯一です。仙台ダルクの場合に例えば夜は12時までには帰ってくるとかそういったルールは多少ありますが、基本的にダルクを利用する人たちの規則というのはミーティングに参加することが原則、それだけでやっている施設でしょうかね。そのミーティングという作業が一番重要なことだと思っています。

司会 石川先生もミーティングというような、今のダルクのいわゆる現在の活動内容、これについての考え方、アドバイスあれば。

石川 同じ依存でもマイルドドラッグと言われているアルコール依存の場合ですと、大体中年の男性ですね。ですから社会経験があるものですから、それが一たん社会経験があつて、それでお酒でもって崩れてしまったものをまた復帰し直すという意味でリハビリという意味が

あると思うんですが。薬物依存の場合はやはり少年、精神的に発達と同時に薬物使っているものですから、薬物やめた後でも戻るべき場所がないんですよね。そういう意味ではリハビリという言葉自体がない。戻るところがないわけですから、戻ったらまた薬物使ってしまうわけですから。そういう意味では今飯室さんが言ってくれましたが、やはりその辺の体験が発達上でしてこなかった、遊びやら、人間関係のやり方やら、感情を表現するということをしらふでまたおさらいしなければいけないということが薬物依存、特に若い薬物依存の人たちの大変な部分なんですね。それに比べたら大人のアル中さんというのは簡単です。そういう意味では今彼が言ったけれども、しらふで、クリーンでと言いますが、ドラッグを使わないで一個ずつ遊びから歌から何からやらなければいけないという経験自体をふやしていく作業が必要なわけですから、当然のことながら時間も当然お金もかかると思います。また、そういった援助を我々はすべきだというふうに思っています。

司会 時間も余りないんですが、ほかにご質問があればどうぞ。

Q7 . 「だめ、絶対運動」以外には？

質問者 以前に石川先生のお話を伺ったことがありまして、たしか依存というものは生後数カ月かその辺までの育てられ方、環境でという話をお聞きしたことがあるんです。それと飯室さんの先ほどからの話で、なってしまった人がどういうふうに生きるかということ。そうするとでは14歳とか15歳のもっと前に、生まれたときのものは戻せないにしても、その辺で私どもが「だめ、絶対運動」を学校薬剤師で小学生向けにそういう運動もやっているわけなんです。その辺の現在の内容、取り組み方というものについて飯室さんはどんなふうにお考えになっていますか。

飯室 一番大事なことだと思っています。例えば欧米とかアメリカでは小学校高学年から薬物に対する教育というのをやはりしっかりされています。今の現状で国内の中で約3割ぐらいはちょっとダルクが保健講話の中で参加するようになりましたが、今まだ7割は例えば医療関係もしくは警察が、法律にこれだけ義務づけられているから悪いからやめなさいという、多分年に1回ぐらいでしょうか、そういった講話があるのが現状と思っています。人の話、講演をするのもそうなんです。アメリカでは具体的にどういうことをしているかということ、逆に小学校高学年でロールプレイという、具体的な例えば売人の役をしたり、断る役をしたりしています。皆さんは断る勇気を持つと言うんですが、断る勇気は持つと言うんだけど、断るのはあんただよということなわけです。その断った経験もなかったりするわけで、その子が現実で

目の前で誘われたら、なかなか断れないから依存者がふえているわけですが、そういう具体的な治療モデル、こういうのは心理学というんでしょうか、ロールプレイなどで体験をして薬物に備えているという教育は、実行されているというふうに聞いています。

あと具体的にもっと過激なのは、例えば刑務所に今収監されている方たちが手錠をつけて、そのまま学校に行って、薬を使ったらこうなるんだということを手錠を見せながら子どもたちにアピールするというのも聞いています。それは人権という意味からすればどうなのかわかりませんが、ただそのくらい過激に薬物の危険性みたいなものをしっかり伝えているというふうに聞いています。今のところ日本国内では例えば私、きのう小学校にやっど行くようになりましたが、私は小学校4年生くらいから教育はやった方がいいと思っています。これはやはり薬物の場合は使用開始年齢が早いので、早目にやっておいた方がいいと思うんですが、実際にはまだ小学校の方の現場で薬物のことをやるということはまず少ないことだと思うんです。やはり教育の中に薬物教育、今たばこかアルコール、もしくは性教育は入っているかもしれませんが、まだ薬物という点では全く入っていないのが現状だと思いますので、それはやはり教育の現場、つまり厚生省とか薬物、そちらの関係だけではなくてやはり文部省も巻き込んで、やっていく必要が今はもうあるのかというふうには思っています。

司会 あわせて薬剤師さんの地域での地道な活動という実態も知りまして、私も勉強になりました。ありがとうございました。お約束の時間が6時までということなんですが、あとお一方、ご質問いただきます。鈴木先生がちょっとお帰りの時間があるということでございますのでここでは、先生、ありがとうございました。どうぞ皆さん拍手でお送りくださいますように。

薬物依存者の家族から

質問者 私の長男が薬物依存症なんです。ですから質問ではなくて、参加している皆さんにお願いというかそんなことで話をさせて欲しいと思いました。長男が最初ブロンから入って、吸入をやったらいいんです。そこから何か友だちでシンナーに入って、覚醒剤やって、私もそれが病気だとわからないものですから十数年抱えていまして、やはり親の愛情で治そうと思ってきたんです。きょうは女房と二人で参加したんですが、最近は刑務所に2回入りまして、去年刑務所を出て、ダルクにたまたま数年前出会ったものですから、ダルクさんをお願いして、刑務所に迎えにいらしてもらったりいろいろやったんです。今仙台ダルクの家族会のお世話役をやっているんですが、私の後に続く人も結構いるんです。やはり同じような子どもを抱えて、刑

務所から帰ってきたら家に来られると困るから自宅を売ってしまおうとかという人もいます。家族会でも相談しているんですが、なかなか限界もあるので、皆さんでネットワークとか、あるいは苦しんでいる子どもさん、親御さんに早く病気だということをわからせてやるというか、それで早目に親御さんを楽にさせてやるという、後から来る仲間のためにそういう機会がもっとふえればいいなと思います。それは希望というか、以上です。

司会 切実なお話でございました。県の方もいらっしゃいましたし、それから医療の現場の石川先生もいらっしゃいましたので、それはしっかり心にしみたのではないかと思います。ほかにご質問あれば。

Q 8 . 薬物依存症を治す薬物は？あるいは治療法は？

質問者 今どうやって予防するか、あるいはどのように対処していくかという話があったんですが、今鈴木先生がちょっとお帰りになってしまったのでまことに残念ですが、結局病気であるということを考えるとすれば、それを克服する科学的な手段を持つということが必要なんだろうと思うんです。それで薬理学、薬をやっているという立場からすれば、その病気をいかに治す薬を逆に持つか、あるいはどのような手段、薬を逆に使って、今いろいろな向精神薬とかいい薬がたくさん出てきているわけなんですけど、その辺がどの辺まで行っているかと、どこまで具体化しているかというようなことを鈴木先生にちょっとお聞きしたいというふうに思ったところなんですけど、ちょっとその辺のところを。

柳澤 学生に講義する程度でしたら柳澤が少しはフォローできます。依存症とは快中枢とそこにスイッチがどう入るかということで、頭の中の神経回路がどれくらい強化されているかということにほぼ依存しているというふうにまず学生には教育しています。それをどんなふうにして解くのかということですが、神経というのは可塑性、変われるということがあります。もう残念ながらもうできてしまった依存の回路を超えて、あるいはそれを包み込む、あるいはそれをバイバイして向こうの方にいい行動を少しずつつくっていく必要があります。一般的に何かを真に知ることとは、知ったことが行動まで反映されるくらい知るということは実は深いものなのです。ですから、体を使ってとか仲間と一緒にいるとかの別の快とか報酬とかいうのを少しずつ養成し、つくりながら神経のネットワークの回路を変えていくというような意識で治療してゆけるのではないかと、私は脳を見ています。学生あるいは関連した方々に講義するときそんなメッセージを発しているというところなんです。

司会 そのための薬というものの開発はどうですか。

柳澤 薬の上に薬は難しいのでは？それでも脳科学で、今日のお話や今言った知見や概念で、こんなふうに依存性の神経回路の形成がなされているとすると、それは記憶や依存性のための仕掛けがさらにわかるとすれば、それを逆に遮断するような薬もあり得ると思います。たった今の切実な解決法としては、「薬の上に薬」というのは、私自身は薬大好きなんですけど、余りいいことではないのではないかなと思うんです。労多くしてではありますけど、行動あるいは仲間をつくっていくと、それから心理的、精神医学的というところが必要だと思います。

Q 9 . 薬物依存の人という素地は？

柳澤 ただ、別人種だという嫌なことを言ったひとがいるということなんですけど、一方では何かの機会に依存性になりやすさにはやはりその敷居が高い人、低い人がいるのではないかなと思うんです。別に使う人を差別という意味ではなくて、何らかの薬物を受け入れやすい素地みたいなものがないとは言えないのではないかな。というのは、肥満とかそれから過食行動とかというのがいかに遺伝的要素やついで神経ネットワークからできているかみたいなものを学んで感じたんですけど、その辺は偏見なんではなかろうか。ちょっと議論の流れからゆり戻して申しわけないんですけど、石川先生はどんなふうにお考えになられますか。

石川 やはり変かどうかというのは薬物依存の人というのは変な人が多いですからね。先ほど薬剤師の質問なされた方がちょっと誤解されている向きがあるのできちんと弁明というか、しておきたいんですけど、これは心理の方から見た依存ということなのですが、基本的にやはり薬物依存、依存の病気にかかってしまう方というのは基本的に対人関係障害、人づきあいが大変下手くそな人、もっと言えば他人が信じられない人たちなんですね。ということは、1歳半から3歳ぐらいですが、その間における最も近い主たる養育者との間での信頼関係をはぐくむことができなかった人々。ご存じのとおり人というのは本来はもう9カ月ぐらいは母親の子宮の中に入っていなければいけなかったんだけど、産道のアンバランスで持って早目に出されてしまったという、哺乳類の中ではとても変な生まれ方をする動物なんです。生まれた後、実に6ないし9カ月ぐらいもう全く身動きができない状態があるというのは、まさにあれは本来は母親の子宮の中に入っていなければいけなかったという意味で、人は生理的な早産なんだとよく言われます。ということは何を言いたいかというと、人というのはごくごく人生早期において他人の存在がないと生き残れない、たった一人では生きていけない。これを精神科の言葉では承認を必要とすると、他者の承認という言葉がありま

す。一人では生きていけない。常に自分を承認してくれる他者が必要なわけなんです。その他人、他者との間で人間関係をはぐくんでいくんだけど、どうも依存に陥ってしまった、後年依存になってしまった人たちというのは、今言ったように1歳半から3歳にかけてどうもうまく人間関係の、特に信頼関係を結ぶことができなかった歴史を持った人たちが多いようです。あるいは、大人になっても自分の親しい人から裏切られてしまったみたいな、人間なんか信じられないとか、そういった手痛い人間不信に陥った人たちが多いようです。ですから、治療というのは基本的に、またこんなでかい人を1歳半から3歳に戻すわけにはいかないの、あなたに関心持っているよという人間関係の輪の中でしかこれは回復できないものだと私は思っているわけです。そういう意味では柳澤先生をはじめ薬理学者の方々には申しわけないですが、これは薬の問題ではないだろうと考えます。薬物の問題ではなくて、やはり本来人の輪の中でもらうべきものをもらえなかったわけだから、それをまた人の輪の中でゆっくりと信頼関係を育てていくというのが私は治療だろうと思うわけです。全然かみ合わなくて申しわけありません。

司会 今非常にわかりやすかったと思います。そして、飯室さんの先ほどの報告と全く符合するお話ではあったように思います。ありがとうございました。

Q10 . マスコミの責任は

質問者 今ちょうどTBSのマスコミの方がいらっしゃるわけですが、テレビなどで割とそういう方面に誘導するような番組とかそういうものも、やはり青少年をそういう方向へ向けていくという可能性があると思うんです。ですから、こういった会とそれから会といってもこれは地域的なことで、全国レベルではやはり五年、十年とかかると思うんです。ですから、せっかくこうやってTBSの方がいらっしゃるわけで、マスコミの方からもそういうような啓蒙というところをTBSも含めて、NHKもすべて含めて積極的にそちらの方向に向かってやっていただきたいと思います。これをやらないと多分日本という国はかなり悲惨な状況になると思いますので、その辺よろしくお願ひしたいと思います。

司会 確かにおっしゃるとおり、マスコミ等でこの種のを扱うのは決して勧めているわけではない。むしろ裏の部分、こういう実態だからこういう目に遇わないように、気をつけるようにということで取り上げるんですが、ともすればそれが流行を生むもとになったりもするようなケースもないとは言えないかなと、これは反省しております。きょうの模様も私どものテレビで、「危ないネット薬物」というタイトルできょうの6時18分からローカル

ニュースの中で多分放送になると思います。時間が押していますので、取材班は編集のためにかなりさきにこの場を後にいたしました。それからKHBさんも先ほど来ていたようでございます。それから、宮テレさんも来ていたようですので、こういった催しがあったといったことも報道になると思いますので、それを我々の意図に則した形でもってオンエアし、そして受けとめる側もそのように受けとめていただければと思います。今いただいたお言葉、確かに了解いたしました。ありがとうございました。

最後に

司会 時間も時間ですので最後に一言ずつ、きょうのこのテーマに沿った一言でも結構でございますし、日常の中からの一言でも結構でございます。飯室さん、一言。

飯室 いろいろありがとうございました。私、宮城県の薬務課は大好きです。薬務課の人、下向いて心苦しそうに聞いていただくんですが、仕事としてやっていただいているんでしょう。

それと最後にこれはまじめな話ですが、結果的に今まで社会の中で薬物の問題が、結局使ってしまったやつはだめというところからではなかなかスタートしないように思うんです。薬物はコントロールして使えると一般では思っているんですが、社会の中では使えない人もいます。つまり、例えば風邪薬を2週間もらって14日分朝昼晩と、これがコントロールして使える人で、それを1日、2日で飲んでしまう人も中にはいる。その人たちが依存症ということですよ。そのひとははだめなんだという話からのスタートなのか、そういう人たちもいるんだというところからのスタートでは全く違ってくると思います。ブロンもそうですよね。依存症になる人はブロンは1日10本飲むんですよ。何でかというところから効果を求めるためには、その効果を得るまで飲むためには10本必要なんです。酔いを求めるためには、それはもう論外だという話ではなかなか治療の方向には行かないので、そういう人たちはいるんだ。それが依存症という病気なんだ。だから一般の人たちでちゃんとコントロールできている人たちはそれでいいんです。それも大変なことだと思いますが、ただそうできない人たちをではどうしていこうかということは、やはりそのネットワークだとかこういった関心を持っていただける方たちと一緒に議論を交わして、ネットワークをつくっていけたらいいというのが私の最後のお話でした。ありがとうございました。

司会 石川先生、つけ加えることをひとつ。

石川 一言だけ。今まで全然気にならなかったんですが、きょうずっと先生方のお話を伺っていて思ったんですが、薬物に関するネーミングがすごくおしゃれですよ。例えば「エンジ

エルダスト」とか、それから「エクスタシー」とか。いかにもこう、あれはだれが考えたのか。もちろんアメリカから来ているんだらうと思うんですが、あれをぜひやめた方がいいのではないか。非常にファッショナブルな感じがしますので、むしろ「ヘドロのため息」とか、何かなかなかこう使いづらいぞみたいなおどろおどろしいネーミングの方がいいのではないか。それをああいう「アダムアンドイブ」とか「エンジェルダスト」とか、今の若い人たちが横文字で使ってしまうと、非常に怖いですね。そういったネーミングもぜひ何かメディア、マスコミの方で考えていただけないかと思うんですが。ちなみにリタリンを使う方のことをリタラーなんて言うんですね。言語学者ないですが、ああやってこう全部言葉を軽くして実は深刻な実態を隠していくというのは、言葉というのは大変怖いものだというふうにつくづくきょうは感じました。

司会 ありがとうございます。柳澤先生、まとめていただきたいと思います。

柳澤 「実験室及び大学から、薬理学がもっと市民の方に向こうよ」ということで今回の会を開催させていただきました。かくも切実なお話、あるいは目が洗われるようなお話、本当に注意を喚起していただきました。薬理学者はプロフェッションとして日々研究教育しており、実験や研究するときは自分の興味がモチベーションでやるんです。ただ、常に社会に対する目、常に社会とは切っても切れない薬物を扱っているという意義を大事にしたいです。それから副作用はどうしてもある確率で生じしまうものと、かつては思っていた不明を恥じています。さらにレベルの高い教育それから研究に踏み込んで、いろいろなことに答えられるようにしたいと思います。恐らく参加して下さった皆様方も、「薬理学とはおもしろい」「あ、こんな世界がある。」と知っていただいたと考えると。最後まで参加していただいた皆様方には本当に感謝申し上げます。

司会 もう既に予定の時間が過ぎているんですが、本当に身近に一人一人が薬物をネットで買って入手できる時代になりました。そして、先ほどの報告の中にも声をかけられた人、そして実際に使った人がもう100万単位で人数がいるということを知って私も愕然といたしまして、本当に私どものすぐそばに薬物が転がっているという実感を改めてした次第です。私も一市民として随分勉強になりましたし、きょう会場にお越しの皆様、専門家もいらっしゃいます中ですが、きょうのこの数時間を明日にまた生かしていただければと思います。

会場の皆様、最後までありがとうございました。そして、ステージの皆さん、ありがとうございました。